

IDENTIFICAÇÃO E CUIDADO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA: BARREIRAS E ESTRATÉGIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

IDENTIFICATION AND CARE OF WOMEN IN SITUATIONS OF VIOLENCE: BARRIERS AND STRATEGIES IN PRIMARY HEALTH CARE

IDENTIFICACIÓN Y CUIDADO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA: BARRERAS Y ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

¹Brenda Anieli de Quadros

²Teresinha Heck Weiller

³Carla Mario Brites

⁴Dedabrio Marques Gama

⁵Marcelo Nunes da Silva Fernandes

¹Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0009-0001-2519-8848>

²Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0003-2531-0155>

³Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0001-8046-2413>

⁴Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-0459-9749>

⁵Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0003-0566-0174>

Autor correspondente

Brenda Anieli de Quadros

Av. Roraima nº 1000, Cidade Universitária, Bairro - Camobi, Santa Maria - RS, Brasil. CEP 97105-900, +55(51) 995698927, E-mail:

brendaanieli@gmail.com

Submissão: 05-09-2025

Aprovado: 13-01-2026

RESUMO

Objetivo: Identificar as evidências científicas acerca das barreiras e estratégias que influenciam na atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde na identificação e no cuidado de mulheres em situação de violência. **Métodos:** Revisão integrativa de literatura, realizada em maio de 2025 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, a National Library of Medicine e a Base de Dados da Enfermagem, utilizando-se descritores indexados. Foram incluídos artigos na íntegra, de 2006 a 2024, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Excluíram-se estudos duplicados, que não respondiam à pergunta de pesquisa e não eram adequados à temática. **Resultados:** Foram incluídos 22 estudos. As barreiras foram categorizadas em barreiras pessoais, estruturais, institucionais e na vinculação das mulheres. As principais barreiras foram a falta de capacitação profissional, as fragilidades da rede de apoio, a percepção da violência como assunto íntimo e a predominância do modelo biomédico com foco restrito em agravos físicos. As principais estratégias foram o acolhimento, a escuta ativa, a criação de vínculos e a atuação do agente comunitário de saúde. **Conclusão:** sugere-se a superação das barreiras e a potencialização das estratégias como pilares para a identificação e o cuidado de mulheres em situação de violência.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Violência doméstica; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento.

ABSTRACT

Objective: To identify scientific evidence regarding the barriers and strategies that influence the work of Primary Health Care professionals in identifying and caring for women experiencing violence. **Methods:** An integrative literature review was conducted in May 2025 in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, the National Library of Medicine, and the Nursing Database databases, using indexed descriptors. Full-text articles published between 2006 and 2024 in Portuguese, English, or Spanish were included. Duplicate studies, those that did not answer the research question, and those not appropriate for the topic were excluded. **Results:** Twenty-two studies were included. Barriers were categorized as personal, structural, institutional, and related to women's relationships. The main barriers were lack of professional training, weak support networks, the perception of violence as an intimate matter, and the predominance of the biomedical model, which focuses solely on physical injuries. The main strategies were welcoming, active listening, building bonds, and the involvement of community health workers. **Conclusion:** We suggest overcoming barriers and leveraging strategies as pillars for identifying and caring for women experiencing violence.

Keywords: Violence against Women Domestic Violence; Primary Health Care. Humanized Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar evidencia científica sobre las barreras y estrategias que influyen en el trabajo de los profesionales de Atención Primaria de Salud en la identificación y atención a mujeres en situación de violencia. **Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica integradora en mayo de 2025 en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, la Biblioteca Nacional de Medicina y la Nursing Database, utilizando descriptores indexados. Se incluyeron artículos de texto completo publicados entre 2006 y 2024 en portugués, inglés o español. Se excluyeron los estudios duplicados, los que no respondieron a la pregunta de investigación y los que no eran apropiados para el tema. **Resultados:** Se incluyeron veintidós estudios. Las barreras se categorizaron como personales, estructurales, institucionales y relacionadas con las relaciones de las mujeres. Las principales barreras fueron la falta de formación profesional, las redes de apoyo débiles, la percepción de la violencia como un asunto íntimo y el predominio del modelo biomédico, que se centra únicamente en las lesiones físicas. Las principales estrategias fueron la acogida, la escucha activa, la construcción de vínculos y la participación de los trabajadores de salud comunitarios. **Conclusión:** Sugerimos superar las barreras y aprovechar las estrategias como pilares para la identificación y atención de las mujeres en situación de violencia.

Palabras clave: Violencia Contra La Mujer; Violencia Doméstica; Atención Primaria de Salud. Recepción.



INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres está enraizada em uma cultura que, historicamente, subordina as mulheres aos homens, colocando-as em posição hierarquicamente inferior na sociedade⁽¹⁾. Essa visão persistente, se manifesta desde a discriminação até a agressão física. Mulheres pobres e negras são as mais acometidas pela violência, embora atinjam mulheres de qualquer raça, cor e classe social⁽²⁾. Essa subordinação não apenas marginalizou da sociedade, economia e política, mas negou direitos, oportunidades e moldou as estruturas fundamentais do mundo que conhecemos⁽³⁾. Somente nas últimas cinco décadas, a violência contra as mulheres assumiu repercussões mundiais, impulsionada pelos movimentos feministas e pelas lutas e mobilizações organizadas pelas mulheres⁽⁴⁾.

Dessa forma, nesse novo cenário, a tentativa de quebrar a cultura que normaliza a violência contra as mulheres, impulsionou discussões sobre como defini-la. Portanto, em 1993, a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, da Organização das Nações Unidas (ONU), definiu violência contra as mulheres como ações baseadas no gênero, que causam ou podem causar dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento, inclusive quando por meio de ameaça, coerção ou privação da liberdade, tanto pública quanto privada. Pouco tempo depois, em 1997, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou a temática da violência em suas

pautas, como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo⁽⁵⁾.

Em 2006, no Brasil, foi criada a Lei Maria da Penha (LMP), nº 11.340/06, que estabeleceu mecanismos para coibir e punir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, para tornar o ambiente mais seguro e desestimular os agressores⁽⁶⁾. A LMP conceitua a violência contra as mulheres como, atitudes que causam a morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, com base no gênero. Reconhecendo como uma violação dos direitos das mulheres, com raízes históricas e culturais nas relações de poder e desigualdade entre os gêneros, constituindo-se como um grande problema social com vários determinantes⁽⁷⁾.

No Brasil, a violência contra as mulheres tem crescido, acompanhada do aumento do feminicídio. Conforme o Atlas da Violência de 2023, mais de 49 mil mulheres foram assassinadas entre os anos de 2011 a 2021, atribuindo esse aumento à redução do orçamento para políticas de enfrentamento, ao radicalismo político e à pandemia de COVID-19⁽⁸⁾. O 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública documenta a gravidade da situação, onde em 2023 foram registradas 41.371 importunações sexuais, 77.083 perseguições, 8.135 assédios sexuais, 38.507 casos de violência psicológica e a cada 6 minutos um estupro foi registrado, com um total de 83.988 casos, sendo 88,2% vítimas femininas. Também foram registradas 258.941 agressões por violência doméstica, 8.372 tentativas de homicídio e 1.467 feminicídios.



Ainda, os números de acionamentos ao 190, totalizaram 848.036 vezes para relatar episódios de violência doméstica e 778.921 para reportar ameaças. Além de que, 540.255 medidas protetivas foram concedidas no ano de 2023, reforçando a urgência do problema⁽⁹⁾.

A violência contra as mulheres é um problema de saúde pública crescente, com repercussões individuais, familiares e comunitárias⁽¹⁰⁾. As consequências psicológicas e físicas dessa violência são profundas, e afetam a percepção corporal, a autoestima e o convívio social das mulheres⁽¹¹⁾. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), configura-se como porta de entrada fundamental para a prevenção, identificação, notificação e cuidado às mulheres em situação de violência⁽¹²⁾. Contudo, o enfrentamento desse problema por este serviço é desafiador, devido à falta de profissionais qualificados, à insuficiência de recursos, às falhas na gestão e na interação em rede, resultando em um atendimento fragmentado às mulheres em situação de vulnerabilidade⁽¹³⁾.

Ressalta-se também, que os serviços de APS já trabalham com muitos casos de violência doméstica, mas muitos nem sempre são identificados como tal, ou muitas vezes, não são resolvidos de forma satisfatória⁽¹⁴⁾. Portanto, este estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas acerca das barreiras e estratégias potenciais que influenciam a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde na identificação e no cuidado de mulheres em situação de violência.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que buscou sintetizar o conhecimento sobre a identificação e o cuidado às mulheres em situação de violência na APS, seguindo as seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008)⁽¹⁵⁾. Tais etapas constituem a identificação do tema e questão de pesquisa; critérios para inclusão e exclusão; informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e, apresentação da revisão e síntese.

A questão da revisão foi estruturada usando a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto)⁽¹⁶⁾. A população foram os profissionais da APS; o conceito foram as barreiras e estratégias na identificação e cuidado às mulheres em situação de violência; e o contexto foi a APS. Assim, elegeu-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as evidências científicas acerca das barreiras e as estratégias que influenciam a atuação dos profissionais da APS na identificação e no cuidado às mulheres em situação de violência?

Foram incluídos estudos publicados entre 2006 e 2024, por ser o período pós implantação da LMP, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Excluiu-se estudos que não respondiam a pergunta de pesquisa e aqueles não adequados à temática, entre eles relatos de caso, reflexões, manuais e recomendações. Os estudos duplicados entre as bases de dados foram considerados somente uma vez.



A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), acessadas via plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizou-se

descritores controlados e não controlados, combinados com operadores booleanos "AND" e "OR" (quadro 1). Os estudos encontrados foram exportados para a plataforma Rayyan (Qatar Computing Research Institute - QCRI) para seleção dos estudos.

Quadro 1 - Estratégia de busca dos artigos originais. Santa Maria/RS, 2025.

Vocabulários	Controlados	Não-controlados
DECS	“Violência Contra a Mulher”, “Violencia contra la Mujer”	“violência contra as mulheres”, “crimes against women”
	“Atenção Primária à Saúde”, “Atención Primaria de Salud”	“atenção básica”, “atenção básica de saúde”, “atendimento básico”, “atenção básica à saúde”, “cuidados primários”, “primeiro nível de assistência”, “primeiro nível de atenção”, assistência primária”, “assistência primária de salud”, “atención básica”, “primer nivel de atención”
	“atenção à saúde”, “atención a la Salud”	“assistência à saúde”, “assistência em saúde”, “práticas de saúde”, “prestação de assistência à saúde”, “cuidados de saúde”, “prestación de atención de salud”, “atención de la salud”, “atención de salud”
MESH	“Violence Against Women”, “Primary Health Care”, “delivery of Health care”	“health care”, “health practices”, “health care delivery”
Estratégia de busca		
((violência contra a mulher) OR (violencia contra la mujer) OR (violence against women) OR (violência contra as mulheres) OR (crimes against women)) AND ((atenção à saúde) OR (atención a la Salud) OR (delivery of Health care) OR (assistência à saúde) OR (assistência em saúde) OR (práticas de saúde) OR (prestação de assistência à saúde) OR (cuidados de saúde) OR (health care) OR (health practices) OR (health care delivery) OR (prestación de atención de salud) OR (atención de la salud) OR (atención de salud)) AND ((atenção primária à saúde) OR (atención primaria de salud) OR (primary health care) OR (atenção básica) OR (atenção básica de saúde) OR (atendimento básico) OR (atenção básica à saúde) OR (cuidados primarios) OR (primeiro nível de assistência) OR (primeiro nível de atenção) OR (assistencia primaria) OR (assistencia primaria de salud) OR (atención básica) OR (primer nivel de atención))		

Fonte: autores, 2025.



A fase de busca e de seleção dos artigos foi realizada em maio de 2025, de forma independente por uma dupla de revisores. Foi realizada a leitura exaustiva dos títulos e dos resumos, para assegurar que os estudos atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Em caso de dúvida sobre a seleção, optou-se por decidir sobre sua inclusão após a leitura de seu conteúdo na íntegra. As dúvidas ao final da seleção foram discutidas e resolvidas por um terceiro revisor com experiência metodológica para o alcance do consenso. A análise dos dados foi elaborada de forma descritiva utilizando um quadro sinóptico (quadro 2), contendo: código do artigo, referência, objetivo, tipo de pesquisa, amostra e local, para sumarização dos estudos em dois grandes eixos: “barreiras na assistência às mulheres em situação de violência” e “estratégias na assistência às mulheres em situação de violência”, sendo as barreiras categorizadas em quatro subtópicos. Por fim, a última etapa consistiu na apresentação da síntese dos resultados alcançados com a pesquisa.

Para a seleção dos estudos, realizou-se uma adaptação da recomendação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses⁽¹⁷⁾, conforme a Figura 1. O nível de evidência dos estudos foi identificado da seguinte maneira: I para revisões sistemáticas e metanálise de ensaios clínicos randomizados; II para ensaios clínicos randomizados; III para

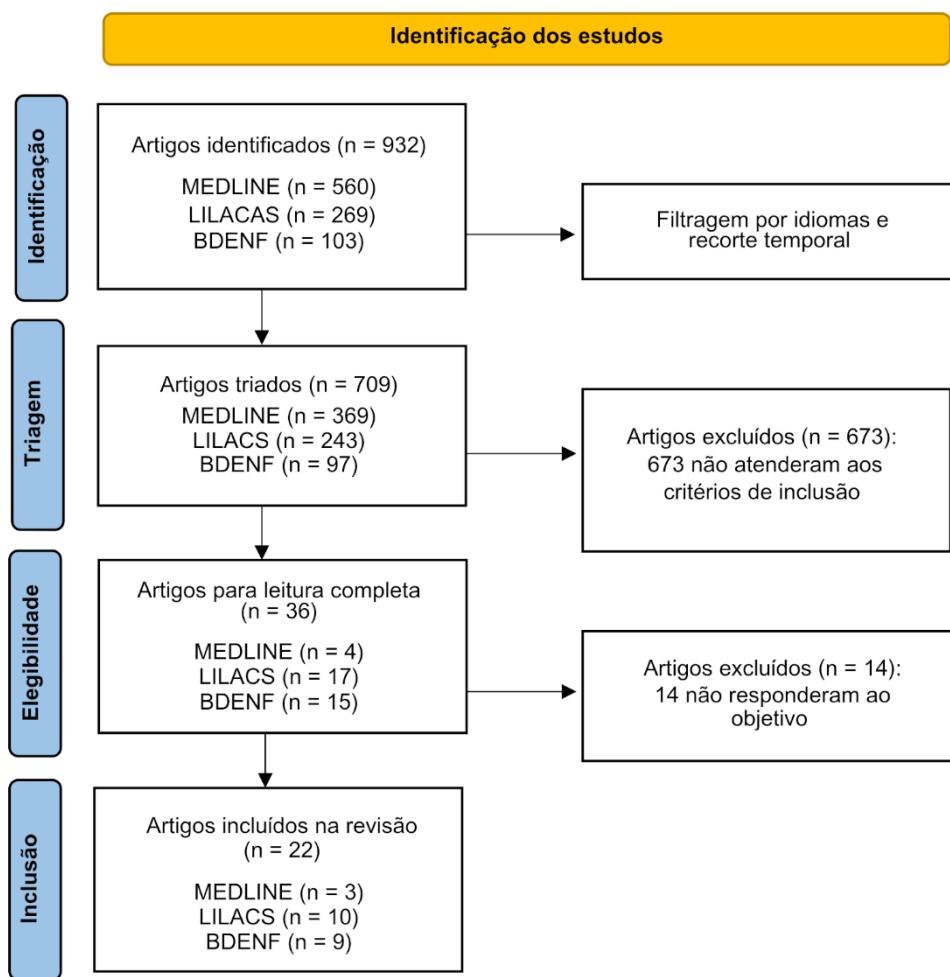
ensaio controlado não randomizado; IV para estudos caso-controle ou coorte; V para revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; VI para estudos qualitativos ou descritivos; e VII para parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas. São classificados em fortes os níveis I e II; moderados os níveis III a V e fracos os níveis VI a VII⁽¹⁸⁾. O estudo respeitou as normas éticas de autoria e integridade de pesquisa.

RESULTADOS

A busca inicial nas bases de dados resultou em 932 artigos, distribuídos da seguinte forma: 560 vinculados a MEDLINE, 269 a LILACS e 103 a BDENF. Após a aplicação dos filtros de recorte temporal e idiomas, o número foi reduzido para 709 artigos, os quais foram exportados para a plataforma Rayyan para a seleção. Na análise de títulos e resumos, 673 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, restando 36 artigos para leitura na íntegra. Após essa leitura, 14 artigos foram excluídos por não responderem à pergunta de pesquisa. Dessa forma, o *corpus* final foi composto por 22 artigos. O processo de seleção está detalhado na Figura 1.



Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos baseado no Modelo PRISMA. Santa Maria/RS, 2025.



Fonte: adaptado de Page M. J., *et al.* 2021.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos selecionados. Santa Maria/RS, 2025.

Título	Objetivo	Tipo de pesquisa	Amostra	Local/ano/nível de evidência
Violência doméstica contra as mulheres: vivências dos profissionais da atenção primária à saúde ¹⁹	Analizar como os profissionais da atenção primária à saúde vivenciam a violência doméstica contra as mulheres	Qualitativa	10 enfermeiros e 10 ACS	São Paulo, brasil, 2024 VI
A construção do cuidado na assistência às mulheres em situação de violência doméstica: perspectivas de trabalhadores e trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família ²⁰	Compreender as práticas de cuidado com esse público, elaboradas por trabalhadores e trabalhadoras da ESF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família	Qualitativa	1 ASB, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 2 dentistas, 4 enfermeiros e 6 ACS	Salvador, Bahia, Brasil, 2024 VI



Family doctors' perception of violence against women ²¹	Avaliar a percepção dos médicos da família sobre a violência contra a mulher	Transversal Descriptiva Quantitativa	158 médicos	Teresina, Piauí, Brasil, 2022 VI
Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal ²²	Conhecer as condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal	Qualitativa	2 assistentes sociais, 3 psicólogas, 4 dentistas, 5 médicas e 17 enfermeiras	Região nordeste, Brasil, 2021 VI
Análise qual-quantitativa do conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca da temática violência contra a mulher ²³	Investigar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas que atuam nas Unidades de Saúde da Atenção Básica (USAB) de Ribeirão Preto/SP sobre tópicos relacionados com a temática “violência contra a mulher”	Observacional, descritivo de corte transversal, quantitativa	33 cirurgiões-dentistas	Ribeirão Preto, São Paulo, 2021 VI
Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde ²⁴	Compreender como os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde identificam a violência contra as mulheres e descrever a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres	Qualitativa	10 enfermeiras	Minas gerais, Brasil, 2020 VI
Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. Atención Primaria ²⁵	Determinar as potencialidades e limitações dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para identificar situações de violência contra a mulher	Qualitativa	3 médicos, 5 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem e 7 ACS	Rio Grande do Sul, Brasil, 2020 VI
Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense ²⁶	Identificar os principais desafios do atendimento aos casos de violência doméstica contra mulheres em um município de Mato Grosso	Qualitativa	1 médico e 7 enfermeiros	Mato Grosso, Brasil, 2019 VI

Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde ²⁷	Conhecer a atuação da enfermeira nas Estratégias Saúde da Família frente à violência contra as mulheres	Qualitativa	11 enfermeiras	Rio Grande do Sul, Brasil, 2019 VI
Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade? ²⁸	Identificar as formas de assistência prestada pelos profissionais da atenção primária à mulher vítima de violência no município de Buíque (PE)	Qualitativa	11 enfermeiras	Buíque, Pernambuco, Brasil, 2018 VI
Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde na atenção às mulheres em situação de violência doméstica residentes em áreas rurais ²⁹	Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde na atenção às mulheres em situação de violência doméstica residentes em áreas rurais	Qualitativa	13 ACS	Rio Grande do Sul, Brasil, 2018 VI



Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde ³⁰	Compreender as representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo	Qualitativa	1 psicólogo, 2 dentistas, 3 médicos, 5 ASB, 7 auxiliares de enfermagem, 10 enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem e 13 ACS	Minas Gerais, Brasil, 2018 VI
Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência ³¹	Identificar como os enfermeiros da atenção básica atuam diante dos casos de mulheres em situação de violência, em um município no Pará	Qualitativa	10 enfermeiros	Pará, Brasil, 2017 VI
Women's primary care nursing in situations of gender violence ³²	Identificar as ações realizadas pelo/a enfermeiro/a da atenção primária à saúde para mulheres em situação de violência doméstica	Qualitativa	17 enfermeiros	Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 VI
O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica ³³	Analizar as práticas profissionais na atenção à saúde da mulher em situação de violência, identificando os elementos do processo de trabalho e sua relação com a emancipação da opressão de gênero	Qualitativa	1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista, 1 recepcionista, 1 ASB e 7 ACS	João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2014 VI
Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados ³⁴	Analizar os conhecimentos de profissionais médicos e enfermeiros sobre algumas características da violência contra as mulheres, e as condutas e encaminhamentos que realizam na rede pública do município de Ribeirão Preto	Qualitativa	170 médicos e 51 enfermeiras	Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 VI
Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência ³⁵	Descrever a assistência à mulher vítima da violência em unidades de saúde no município de Vitória da Conquista e no contexto de trabalho das coordenadoras dessas unidades	Exploratória, descritiva, quantitativa	20 enfermeiras coordenadoras de Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2014 VI
Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil ³⁶	Analizar como profissionais de saúde atendem tais mulheres, problematizando a noção de acolhimento em saúde	Qualitativa	15 participantes (ACS, enfermeiros, fisioterapeutas e vítimas de violência)	Matinhos, Pará, Brasil, 2013 VI
Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial ³⁷	Analizar as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial das equipes de Saúde da Família à mulher em situação de violência	Qualitativa	30 profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Rio Grande do Sul, Brasil, 2013 VI
Limites e	Compreender os limites e as	Qualitativa	22 profissionais e	São Paulo, São



possibilidades avaliativas da estratégia de saúde da família para a violência de gênero ³⁸	possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que tange ao reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência de gênero		13 mulheres que vivenciaram situações de violência de gênero	Paulo, Brasil, 2013 VI
The meaning of professional training for the care of women victims of domestic violence ³⁹	Compreender os significados atribuídos por profissionais que atuam na estratégia de saúde da família sobre a capacitação profissional para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal	Qualitativa	12 médicos, 13 enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem (primeiro grupo); 5 coordenadores das unidades de saúde (segundo grupo)	Santa Catarina, Brasil, 2013 VI
Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo ⁴⁰	Verificar a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP sobre violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo	Qualitativa	14 médicos ginecologistas-obstetras e clínicos gerais	Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2009 VI

Legenda: ASB (auxiliar de saúde bucal); ACS (agente comunitário de saúde).

Fonte: autores, 2025.

Dos 22 artigos selecionados, 19 empregaram abordagem qualitativa, um qualiquantitativo e dois quantitativos. A maior concentração de estudos foi do ano de 2017 a 2024, com 14 estudos. O ano com maior publicação foi o ano de 2013 com quatro estudos, seguido por 2014 e 2018 com três estudos cada. O estudo mais antigo é de 2009, seguido pelo ano de 2013, e após esse apenas em 2016 e 2023 não se obtiveram estudos selecionados.

Todos os estudos são brasileiros, sendo 07 com distribuição geográfica na região Sudeste, seis no Nordeste, seis no Sul, dois no Norte e um no Centro-Oeste. Em relação à amostra, 12 abordaram múltiplas profissões da saúde, e os 10 focaram em uma única categoria profissional: sendo seis realizados com enfermeiros, dois com médicos, um com agentes comunitários de saúde (ACS) e um com cirurgiões-dentistas.

<https://doi.org/10.31011/reaid-2026-v.100-n.1-art.2640> Rev Enferm Atual In Derme 2026;100(1): e026016

DISCUSSÃO

BARREIRAS NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA APS

Os estudos apontaram os sentimentos como barreiras pessoais, pois afetam a prática profissional ao dificultar sua atuação. Entre os sentimentos citados, com mais predominância encontramos a impotência diante da complexidade dos casos e da dificuldade em garantir a segurança das vítimas^(19,20,24,29,31-33,40). Outros sentimentos relevantes encontrados são, a tristeza, a tensão e a frustração, que surgem da empatia com as mulheres em situação de violência⁽³⁵⁾, evidenciando o impacto emocional sobre os profissionais. Além disso, o medo de sofrer coação e represálias^(20,24,26,28,32,35,36) soa como uma preocupação significativa. A exposição a ameaças faz com que os



profissionais hesitem em oferecer assistência integral, pois a insegurança e a sensação de poder do agressor geram medo tanto nas vítimas como nos profissionais⁽³¹⁾.

Adicionalmente, o sentimento de despreparo^(22,24,26,27,29,33,40) emerge como barreira pessoal, pois está diretamente ligado às habilidades, conhecimentos e atitudes dos indivíduos que prestam o atendimento. Esse problema pode culminar na transferência de responsabilidades por não se sentirem aptos para tal atendimento^(23,25,29,32,34,35). À vista disso, os profissionais não identificam as mulheres como vítimas por não se sentirem aptos para abordar o tema⁽²⁾. Além disso, os profissionais também sentem dificuldade para reconhecer a violência como possível causa para diversos sintomas que atendem diariamente, desconhecendo a violência como um problema de saúde^(26,40). Também o desconhecimento epidemiológico pode gerar dificuldades de reflexão acerca da problemática da violência⁽³⁴⁾.

As barreiras institucionais são destacadas nos estudos pela lógica da produtividade⁽²²⁾, tempo de consulta pré-determinado^(22,38), sobrecarga de trabalho^(30,32,34,40) e escassez de profissionais^(22,31,40), que comprometem a qualidade do acolhimento e da escuta. Ainda, limitar o tempo pode impedir o estabelecimento de vínculo e confiança, para o aprofundamento necessário com as mulheres, inviabilizando a intervenção efetiva, especialmente diante do risco iminente de feminicídio⁽³⁷⁾.

Outrossim, a dificuldade em identificar mulheres em situação de violência está vinculada

a persistência de um modelo biomédico pelos serviços de saúde⁽¹⁹⁾. Estudos demonstram práticas limitadas pela lógica biomédica^(29,32,34,35,38,40), com ações que direcionam a atenção exclusivamente para agravos físicos^(25,27,29,30,32,34,35,38,40,41). Esse modelo, negligencia as queixas inespecíficas e a não verbalização da situação, corroborando para a medicalização da violência⁽³⁴⁾. A violência psicológica, por exemplo, é pouco percebida pelos profissionais da APS por não apresentar marcas físicas, entretanto, compromete a saúde mental das mulheres⁽²⁷⁾. Isso reforça a necessidade de reformulação curricular que contemple a complexidade da violência contra as mulheres de forma transversal⁽³⁴⁾. É necessário deste modo, que os profissionais da saúde transponham seus preconceituosos e tenham conhecimentos adequados para compreender a sociedade colonial e machista a qual estamos inseridos, o que requer mudanças na organização do trabalho, na formação e na atuação dos profissionais de saúde. Entende-se como necessária a presença do debate de gênero na graduação dos diferentes cursos de saúde, como um determinante social importante para a saúde, a fim de promover o enfrentamento das desigualdades no cotidiano do cuidado⁽⁴²⁾. Ademais, a falta de letramento^(20,23,25,27,28,30,31,35,39,40) também emerge como uma barreira institucional, pois pode ser vinculada à falta de programas de capacitação ou à inadequação deles.

Outro ponto levantado pelos estudos foram as fragilidades com os fluxos de



encaminhamento falhos e burocráticos^(22,23), dificuldades de articulação^(19,24,26,29,31,33,34,39), dificuldades em referenciar e receber contrarreferência^(23,27,29), falta de resolutividade e fragmentação da rede^(26,31,38). Esses impasses se tornam obstáculos no enfrentamento à violência contra as mulheres, pois dificultam a tomada de decisão dos profissionais e submetem as mulheres a um exaustivo “caminho de serviço em serviço”⁽²²⁾.

O atendimento integral às mulheres em situação de violência deve ocorrer por meio de redes integradas que envolvam diferentes setores, especialmente assistência social, justiça, segurança pública e saúde. No entanto, as dificuldades na comunicação entre os serviços e uma grande descrença na efetividade dos encaminhamentos para outras áreas, reforça a peregrinação das mulheres para que suas demandas sejam atendidas⁽⁴³⁾.

Entre as barreiras estruturais e socioculturais, os estudos destacam os discursos de culpabilização das mulheres^(19,21,30,32,33,38), contribuintes para a invisibilidade da violência^(25,26,29,32,35,40,41). Essa construção social dificulta o desvinculamento de julgamentos morais⁽²⁰⁾ e resulta na conceituação limitada da violência⁽²¹⁾, impactando na dificuldade de identificar e cuidar de mulheres em situação de violência.

Ademais, a visão da violência como um assunto íntimo e conjugal^(21,27-29,30,32,33), não só a naturaliza, mas também inibe a intervenção profissional. Essa perspectiva é reforçada por concepções patriarciais que culpabilizam as

mulheres pela violência sofrida, atribuindo-lhes responsabilidade por sua permanência na relação, devido a dependências financeiras, emocionais ou pelos filhos. Ainda, os profissionais da APS enfrentam dificuldades em prestar assistência integral, sem preconceitos e estereótipos de gênero⁽³³⁾. Isso reitera a necessidade de reestruturar técnicas e conhecimentos, a fim de que a violência seja reconhecida a partir de suas raízes sociais e culturais⁽³³⁾.

Nas barreiras na vinculação das mulheres aos serviços da APS, tem-se a dificuldade das mulheres em situação de violência em permanecer no acompanhamento, o que constitui, por si só, uma barreira para o processo de enfrentamento. Muitas mulheres não retornam ao serviço, recuam no processo de enfrentamento ou até mesmo saem do território, motivadas pelo medo do agressor ou pela vergonha⁽²⁰⁾. Essa vulnerabilidade é agravada por comportamentos e contextos que dificultam a identificação da própria violência, como o isolamento social^(24,27), impulsionado por tristeza, vergonha, medo, baixa autoestima e dependência financeira⁽²⁹⁾. As mulheres, ao sentir medo e vergonha de relatar, muitas vezes resistem à notificação da violência^(25-27,34) e preferem ficar em silêncio^(20,31,40,41), dificultando o recolhimento de informações.

Partindo desse pressuposto, o estigma social, enraizado em uma cultura machista, faz com que as mulheres sintam vergonha de ser reconhecidas como vítimas de violência⁽⁴⁴⁾. Essa vergonha, somada ao medo de julgamentos,



dependência financeira e emocional, preocupação com os filhos e a falta de reconhecimento do seu papel na sociedade, contribui para a não denúncia do agressor, podendo limitar a atuação da APS⁽¹⁹⁾. Essa naturalização das dinâmicas de poder cria barreiras invisíveis, dificultando o reconhecimento de situações de opressão e o rompimento do ciclo de violência.

ESTRATÉGIAS NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA APS

O acolhimento, a escuta ativa e a criação de vínculos^(19,20,24-27,29-31,36,40,41), são relatadas como potentes estratégias para identificar e cuidar de mulheres em situação de violência. O acolhimento, é fundamental na prática profissional da APS, pois reconhece que os processos de saúde são dinâmicos, dando ênfase sobre os afetos que permeiam a relação entre o profissional e o usuário. Isso cria um espaço de trocas efetivas e de saberes, implicando a produção do cuidado em saúde⁽⁴⁵⁾.

Na sequência, a visita domiciliar^(22,24,27,38,40,41) mostrou ser um recurso valioso para compreender o contexto social e identificar situações de violência, por meio da criação de vínculos e confiança⁽²⁹⁾. Outro recurso, identificado como potencial porta de entrada para a identificação de violência, são os momentos oportunos de contato e diálogo com as mulheres na APS. Entre eles, consulta de pré-natal^(19,38,40), anamnese e exame físico⁽²⁴⁾,

aplicação de vacinas^(22,38) e os procedimentos rotineiros^(22,24,30,31,40), podem ser aliados para o início de uma conversa sobre a temática. Embora desafiadora, a demanda espontânea⁽²⁸⁾ também emerge como um momento oportuno para a identificação de situações de violência. Atrelado a isso, a observação comportamental⁽²⁵⁾ também pode auxiliar na identificação.

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao atuar por meio do cadastramento de famílias por equipe, favorece a continuidade do cuidado pelos profissionais da APS, favorecendo a criação de vínculos⁽⁴⁶⁾. Assim, a atuação do ACS^(19,20,24-26,29,35) e do Enfermeiro⁽²⁹⁾, mostrou-se estratégica, dada a capilaridade de suas ações e a capacidade de observação ampliada, que vai além da queixa principal. O ACS, ao trabalhar com um número limitado de usuários, pode se aproximar facilmente da realidade da população, facilitando o desenvolvimento de ações de enfrentamento à violência contra as mulheres, inclusive na identificação precoce dos casos⁽⁴⁷⁾.

Nesse contexto, o vínculo estabelecido entre o profissional da APS e as mulheres em situação de violência, proporcionado pelo cuidado longitudinal que se desenvolve ao longo do tempo, permite que a usuária tenha uma relação próxima com a unidade de saúde, facilitando a identificação e o manejo da violência. Isso faz da APS um destaque no acolhimento e enfrentamento das violências relacionadas às mulheres⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Este estudo buscou identificar as evidências científicas acerca das barreiras e estratégias que influenciam a atuação dos profissionais da APS na identificação e cuidado de mulheres em situação de violência. A APS enfrenta múltiplos obstáculos, destacando-se a insuficiência na capacitação profissional, a percepção da violência como um tema de caráter íntimo, fragilidades na rede de apoio intersetorial e a persistência de um modelo biomédico predominantemente centrado em agravos físicos. Por outro lado, evidenciou-se estratégias como práticas de acolhimento, fortalecimento do vínculo, escuta ativa, diálogo incorporado aos procedimentos rotineiros e a atuação proativa dos ACS. Reforça-se a necessidade premente de que futuras investigações e políticas públicas que priorizem o desenvolvimento, a validação e a disseminação de estratégias inovadoras e efetivas, capazes de promover um cuidado mais assertivo, sensível e protetivo às mulheres em situação de violência. Espera-se que este estudo possa subsidiar ações voltadas à melhoria da assistência e fortalecer a atuação dos profissionais de saúde da APS para garantir que as mulheres não se sintam desamparadas na busca por segurança e dignidade.

REFERÊNCIAS

1. Mafioletti TM, Peres AM, Larocca LM, Fontoura MP. Violence against women: historical trajectory of a care program (Curitiba - 1997-2014). Rev Bras Enferm 2018;71:2907–15. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0583>.
2. Gomes NP, Erdmann AL, Gomes NR, Monteiro DS, Santos RM dos, Couto TM. Apoio social à mulher em situação de violência <https://doi.org/10.31011/reaid-2026-v.100-n.1-art.2640> Rev Enferm Atual In Derme 2026;100(1): e026016
3. Baseggio JK, Silva LFM da. As condições femininas no brasil colonial. Maiêutica - História 2015;3. Disponível em: https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/HID_EaD/article/view/1379.
4. Guimarães MC, Pedroza RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. Psicol Soc 2015;27:256–66. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>.
5. Minayo MCDS, Souza ERD. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva 1999;4:7–23. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100002..>
6. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher Brasília: Diário Oficial da União, 2006.
7. Bigliardi AM, Antunes MC, Wanderbroocke ACNS. O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. Boletim - Academia Paulista de Psicologia 2016;36:262–85.
8. Cerqueira DRC, Lima RS de, Alves PP, Marques D, Lins G de OA, et al. Atlas da violência 2023. <https://www.ipea.gov.br> 2023.
9. Fórum brasileiro de segurança pública. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública; 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>.
10. Lima LADA, Oliveira JCD, Cavalcante FA, Santos WSV, Silva Júnior FJGD, Monteiro CFDS. Nursing care for women victims of domestic violence / Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência doméstica / Los cuidados de enfermería para las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Rev Enferm UFPI 2017;6:65. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i2.5783>.



11. Mota SR, Silva OPPD. Violência doméstica e suas consequências psicoemocionais. *Rev Eletrônica Casa Makunaima* 2019;2:104–13. <https://doi.org/10.24979/makunaima.v2i3.387>.
12. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MASD, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25:2247–57. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>.
13. Serafim VVD, Callou RCM, Dos Santos Moreira FTL, Albuquerque GA. Violência contra a mulher e enfrentamento na percepção dos profissionais de saúde da atenção básica. *Salud Soc* 2019;10:130–44. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-009>.
14. d’Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14:1037–50. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>.
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm* 2008;17:758–64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
16. Brun CN, Zuge SS. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na Enfermagem. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde. Porto Alegre: Moriá; 2015. p. 77- 98.
17. Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews* 2022;18:e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>.
18. Melnyk BM, Fineout-overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. 3rd. ed. Philadelphia (US): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
19. Rodrigues PS, Araujo LF, Vernasque JRDS, Souza APD, Alarcon MFS, Higa EDFR, et al. Violência doméstica contra as mulheres: vivências dos profissionais da atenção primária a saúde. *Texto Contexto - Enferm* 2024;33:e20230403. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2023-0403pt>.
20. Andrade LM, Bustamante V. A construção do cuidado na assistência às mulheres em situação de violência doméstica: perspectivas de trabalhadores e trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2024;34:e34020. <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202434020pt>.
21. Silva JJMD, Mesquita EM, Campelo V. Family doctors' perception of violence against women. *Rev Enferm UFPI* 2022;11. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v11i1.946>.
22. Carneiro JB, Gomes NP, De Almeida LCG, Romano CMC, Silva AFD, Webler N, et al. Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal. *Esc Anna Nery* 2021;25:e20210020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0020>.
23. Mélo AM. Análise quali-quantitativa do conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca da temática violência contra a mulher. *Rbol* 2021;8:02–19. <https://doi.org/10.21117/rbol-v8n32021-372>.
24. Silva VGD, Ribeiro PM. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery* 2020;24:e20190371. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0371>.
25. Arboit J, Padoin SMDM, Vieira LB. Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification.



- Atención Primaria 2020;52:14–21.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.008>.
26. Ferreira Do Nascimento V, Fortunato De Lima Rosa T, Pereira Terças AC, Yuri Hattori T, Ferreira Do Nascimento V. Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. Arq Ciênc Saúde Unipar 2019;23. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v23i1.2019.6625>.
27. Sehnem GD, Lopes EB, Tier CG, Ribeiro AC, Maciel VDQS, Castilhos L. Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. Rev Enferm UFSM 2019;9:e62. <https://doi.org/10.5902/2179769235061>.
28. Santos SCD, Barros PDA, Delgado RFDA, Silva LVDL, Carvalho VPDS, Alexandre ACS. Violência contra a mulher: como os profissionais na Atenção Primária à Saúde estão enfrentando esta realidade? SaudPesq 2018;11:359. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p359-368>.
29. Arboit J, Costa MCD, Silva EBD, Colomé ICDS, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. Saude Soc. 2018;27:506–17. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018169293>.
30. Santos WJD, Oliveira PPD, Viegas SMDF, Ramos TM, Policarpo AG, Silveira EAAD. Domestic Violence Against Women Perpetrated by Intimate Partner: Professionals' Social Representations in Primary Health Care / Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. R Pesq Cuid Fundam Online. 2018;10:770–7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.770-777>.
31. Silva NNF, Leal SMC, Trentin D, Vargas MADO, Vargas CP, Vieira LB. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. Revenf. 2017;8. <https://doi.org/10.31011/reaid-2026-v.100-n.1-art.2640> Rev Enferm Atual In Derme 2026;100(1): e026016.
- <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1290>.
32. Visentin F, Becker Vieira L, Trevisan I, et al. Women's primary care nursing in situations of gender violence. Invest Educ Enferm 2015;33. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a20>.
33. Almeida LRD, Silva ATMCD, Machado LDS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. Interface (Botucatu). 2014;18:47–60. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0560>.
34. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. Saúde Em Debate. 2014;38. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>.
35. Santos J, Andrade RL de, Reis LA dos, Duarte SFP. Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. Revista Baiana de Enfermagem. 2014;28. <https://doi.org/10.18471/rbe.v28i3.9255>.
36. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2013;29:1230–40. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600019>.
37. Silva EBD, Padoin SMDM, Vianna LAC. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. Acta Paul Enferm. 2013;26:608–13. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600016>.
38. Guedes RN, Fonseca RMGSD, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. Rev Esc Enferm. USP 2013;47:304–11. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200005>.
39. Gomes NP, Erdmann AL, Bettinelli LA, Higashi GDC, Carneiro JB, Diniz NMF. The



meaning of professional training for the care of women victims of domestic violence. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. 2013;17. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130012>.

40. De Ferrante FG, Santos MAD, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Interface (Botucatu) 2009;13:287–99. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400005>.

41. Walton LM, Aerts F, Burkhart H, Terry T. Intimate Partner Violence Screening and Implications for Health Care Providers. OJHE. 2015;11. <https://doi.org/10.18785/ojhe.1101.05>.

42. Lima ACSD, Alves MJH, Pereira EV, Pereira AP, Albuquerque GA, Belém JM. Gênero e sexualidade na formação de enfermeiros no ensino superior público brasileiro: estudo documental. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2021;11. <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.3877>.

43. Clemente AJ, Brites CM. Profissionais da Linha de Frente no Combate à Violência contra as Mulheres : o caso da Rede de Atendimento de Santa Maria (RS). Revista do Serviço Público 2022;73:287–314.

44. Moreira V, Boris GDJB, Venâncio N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. Psicol Soc. 2011;23:398–406. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000200021>.

45. Castanha L, Lima MRTD, Pecoraro T. Acolhimento de mulheres vítimas de violência na Atenção Básica em Saúde. Nupem 2021;14:248–62. <https://doi.org/10.33871/nupem.2022.14.31.248-262>.

46. Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. Interface (Botucatu) 2016;21:52–62. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0357>.

47. Bezerra YRDN, Feitosa MZDS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. Ciênc Saúde Coletiva 2018;23:813–22. <https://doi.org/10.1590/1413>

Fomento e Agradecimento:

Esta pesquisa não recebeu financiamento.

Declaração de conflito de interesses:

Nada a declarar.

Contribuição dos Autores

Brenda Anieli de Quadros: contribui substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo.

Teresinha Heck Weiller: contribui substancialmente na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Carla Mario Brites: contribui substancialmente na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados.

Dedabrio Marques Gama: contribui substancialmente na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados.

Marcelo Nunes da Silva Fernandes: contribui substancialmente na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>

