

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Francisca Erika Brito da Silva¹;
Francisco Wellington Dourado Junior²;
Francisca Alanny Rocha Aguiar³;
Giovana Maria Medeiros Alves⁴;
Iana Lara Carvalho Martins Farias⁵;

¹Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral, Ceará, Brasil. Apresentadora.

²Enfermeiro. Doutorando em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde. Sobral, Ceará, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA-UNINTA. Sobral, Ceará, Brasil.

⁴Enfermeira pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. Sobral, Ceará, Brasil.

⁵Enfermeira. Especialista em Gestão em Serviços de Sistemas de Saúde. Sobral, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

A violência é um problema social multifatorial e complexo, que causa danos não só às vítimas diretas, mas também a seus familiares e à sociedade como um todo. Manifesta-se em diferentes esferas, tanto públicas quanto privadas, atingindo diversos grupos populacionais, independentemente de sua condição socioeconômica, sendo considerada um problema de alcance mundial¹.

No que diz respeito à violência contra a mulher (VCM), esta é definida como atos ou ameaças com o propósito de causar danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo coerção e privação de liberdade. Além disso, representa uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública, com impactos negativos na saúde e no bem-estar das mulheres¹. Essa violência baseada no gênero transpõe tempos históricos e fronteiras, independe de classe social ou etnia e apresenta proporções alarmantes².

A persistência de uma cultura patriarcal contribui para a manutenção da violência, reforçando desigualdades de gênero e impactando significativamente a qualidade de vida das mulheres em múltiplas dimensões³.

A gravidade desse cenário é evidenciada por dados recentes que apontam o aumento dos casos de feminicídio e destacam a expressiva subnotificação, o que mascara a real dimensão do problema. Esse contexto reflete o silêncio imposto pelo medo e pela dificuldade de denúncia, fatores que também são observados na prática assistencial dos profissionais de saúde⁴.

Ademais, a violência contra a mulher apresenta repercussões profundas e duradouras, sendo reconhecida como um problema prioritário de saúde pública, especialmente pela sua alta prevalência e pelas consequências físicas, psicológicas e sociais envolvidas¹.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada porta de entrada estratégica para o acolhimento dessas mulheres, sendo um espaço privilegiado para identificação precoce e intervenção. No entanto, estudos recentes apontam que a atuação na APS ainda é limitada por dificuldades no reconhecimento dos casos, subnotificação e fragilidade das práticas assistenciais⁵.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem assume papel central, por estabelecer vínculo direto com a comunidade e atuar de forma contínua no cuidado. Entretanto, desafios como insegurança profissional, limitações estruturais e ausência de capacitação específica interferem diretamente na qualidade do acolhimento ofertado⁴.

Portanto, a relevância deste estudo reside na necessidade de compreender as lacunas existentes entre as diretrizes das políticas públicas e a prática cotidiana dos profissionais de enfermagem. Ao dar visibilidade às percepções desses profissionais, busca-se contribuir para o fortalecimento das estratégias de acolhimento e enfrentamento da violência contra a mulher na Atenção Primária à Saúde.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo compreender como os fenômenos da subnotificação e do medo influenciam o acolhimento de mulheres em situação de violência, a partir da perspectiva da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVOS

Compreender como os fenômenos da subnotificação e do medo influenciam o acolhimento de mulheres em situação de violência, a partir da perspectiva de profissionais de enfermagem atuantes na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, que analisa as narrativas de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) para compreender as facetas do enfrentamento da violência contra a mulher.

A investigação teve como lócus o município de Sobral, Ceará, e foi desenvolvida no cotidiano de cinco das trinta e oito unidades de saúde. Para aprofundar a compreensão do tema, optou-se por uma abordagem qualitativa centrada nas narrativas de nove profissionais de enfermagem assistencialistas, em julho de 2025. A escolha deliberada por esta categoria profissional justifica-se pelo seu papel fundamental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelo vínculo que estabelecem com os usuários. Os participantes foram convidados

pessoalmente e as entrevistas ocorreram nas unidades de saúde, no dia e horário de escolha dos entrevistados, com média de duração de 22 minutos.

A definição das unidades de saúde foi estratégica, direcionando o foco para cenários de maior vulnerabilidade social, onde o fenômeno estudado se manifesta com mais intensidade. Além disso, valorizou-se o modelo de atenção das UBS, cujo trabalho é centrado no cuidado individual e coletivo e oferece um terreno fértil para a investigação.

Os critérios de inclusão para os participantes foram: enfermeiros envolvidos diretamente no cuidado à população adscrita, com pelo menos seis meses de experiência profissional na APS. Presume-se que este período seja adequado para a consolidação de um repertório prático e de vivência mínima para discorrer com propriedade sobre as complexidades do fenômeno.

O roteiro de entrevista, aplicado de forma presencial, apresentava 16 questões-chave a respeito do conhecimento sobre VCM, experiência, estratégias, desafios e atuação da enfermagem à mulher vítima de violência. Os discursos foram capturados pelo gravador de um smartphone e com a concessão dos enfermeiros, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato dos participantes, suas falas foram identificadas pela sigla *Enf.* associada ao número de ordem da entrevista (*Enf.1, Enf.2, Enf.3...*).

Para analisar os dados, as falas foram transcritas e submetidas a técnica de Análise de Conteúdo temática, que permite a identificação de núcleos de sentido (Minayo, 2022). Após as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, emergiram cinco categorias centrais.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com nº 6.509.646 e CAAE: 10253319.9.0000.8133.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das narrativas possibilitou a identificação de cinco categorias centrais que expressam a complexidade do enfrentamento da violência contra a mulher (VCM) na Atenção Primária à Saúde: invisibilidade da violência; medo como barreira à revelação e denúncia; fragilidade da rede de proteção e suporte; o serviço de saúde como refúgio e primeiro acolhimento; e a universalidade da violência contra a mulher.

A invisibilidade da violência, fortemente associada à subnotificação, revelou-se como um dos principais entraves para o enfrentamento da VCM no contexto da APS. Os profissionais reconhecem que os casos que chegam aos serviços de saúde representam apenas uma pequena

parcela da realidade vivenciada nos territórios, evidenciando uma discrepância significativa entre o fenômeno real e os registros institucionais. Tal percepção é evidenciada nas falas: *“Chega uma parcela bem menor do que a gente sabe que existe”* (Enf. 2) e *“Se tem, é muito escondido”* (Enf. 3). Além disso, relatos como *“em um ano e quatro meses, eu não peguei nenhum caso aqui”* (Enf. 6) reforçam a dificuldade de identificação da violência no cotidiano assistencial.

Esse cenário aponta para a predominância de um modelo assistencial centrado na queixa-conduta, no qual a violência só é reconhecida quando explicitamente verbalizada ou quando há presença de sinais físicos evidentes. Tal lógica contribui para a naturalização do fenômeno e invisibiliza formas de violência psicológica, moral e simbólica, corroborando achados da literatura que indicam a dificuldade dos profissionais em reconhecer a violência em suas manifestações não físicas¹. Dessa forma, a subnotificação não se restringe a uma falha técnica, mas reflete também limitações epistemológicas e práticas na abordagem da violência como problema de saúde.

O medo emerge como um elemento transversal e estruturante, influenciando tanto o comportamento das mulheres quanto a atuação dos profissionais de saúde. Nos discursos, observa-se que o medo está profundamente enraizado no contexto socioterritorial, especialmente em áreas marcadas pela violência urbana e pela presença de facções, como evidenciado na fala: *“não pode notificar, pois é um território totalmente faccionado”* (Enf. 1). Esse cenário gera insegurança nos profissionais, que muitas vezes se veem limitados em sua atuação, especialmente no que se refere à notificação compulsória e encaminhamento dos casos. Para as mulheres, o medo manifesta-se como barreira à revelação da violência e à busca por ajuda, sendo frequentemente associado à possibilidade de retaliação por parte do agressor, dependência emocional e econômica, e à esperança de mudança no comportamento do parceiro. Esse aspecto é ilustrado na fala: *“Tinham receio de procurar ajuda, medo da denúncia mesmo”* (Enf. 5). Tais achados estão em consonância com estudos que apontam o medo como um dos principais fatores que sustentam o ciclo da violência e dificultam sua ruptura².

Adicionalmente, a ausência de espaços adequados para atendimento sigiloso nas unidades de saúde constitui um fator agravante, limitando a escuta qualificada e a abordagem sensível do tema. A fala *“numa sala de espera, tem muita gente, elas não vão falar sobre isso”* (Enf. 3) evidencia que as condições estruturais das unidades interferem diretamente na possibilidade de acolhimento. Essa limitação compromete a construção de vínculo e a identificação precoce dos casos, evidenciando a necessidade de reorganização dos serviços para garantir privacidade e segurança no atendimento.

A fragilidade da rede de proteção e suporte também se destaca como um desafio significativo. Os profissionais reconhecem que o enfrentamento da violência demanda uma abordagem multiprofissional e intersetorial, no entanto, relatam dificuldades no acesso a outros serviços e na articulação entre os setores. A fala “*a gente não tem acesso fácil e rápido de outros profissionais*” (Enf. 8) evidencia a limitação da rede, que muitas vezes não consegue oferecer suporte adequado às mulheres.

Além disso, observa-se que as estratégias disponíveis nem sempre são efetivas ou compatíveis com a realidade das usuárias, como demonstrado na fala: “*nem sempre o paciente quer dar seguimento*” (Enf. 2). Esse aspecto revela que o cuidado não pode ser pensado apenas a partir da oferta de serviços, mas deve considerar as singularidades das mulheres e os contextos em que estão inseridas. A literatura reforça que a efetividade das ações depende da articulação entre os diferentes setores e da construção de fluxos assistenciais claros e resolutivos³.

Apesar das limitações identificadas, o serviço de saúde emerge como espaço de acolhimento e refúgio, sendo reconhecido pelas mulheres como um local de escuta, apoio e, muitas vezes, a única alternativa disponível. A fala “*muitas procuram a gente mais para ser ouvidas*” (Enf. 9) evidencia que a busca pelo serviço não se restringe a demandas biomédicas, mas envolve necessidades emocionais e sociais.

Nesse contexto, a consulta de enfermagem destaca-se como ferramenta potente para identificação da violência, construção de vínculo e incentivo à ruptura do silêncio. Os profissionais relatam que, em momentos de maior privacidade, como durante consultas individuais, conseguem abordar o tema de forma mais sensível e efetiva. Esse achado reforça o papel da enfermagem como protagonista no cuidado integral, atuando não apenas na dimensão técnica, mas também na dimensão relacional do cuidado⁴.

Por fim, a universalidade da violência contra a mulher evidencia que o fenômeno atravessa diferentes fases do ciclo vital e contextos sociais, afetando desde adolescentes até idosas. A fala “*em diversas idades... até idosas*” (Enf. 4) confirma essa abrangência. Além disso, relatos de violência no ambiente de trabalho, como assédio moral e sexual, indicam que o fenômeno também atinge os próprios profissionais de saúde, evidenciando sua transversalidade e complexidade.

Esse dado amplia a compreensão da violência como fenômeno estrutural, que ultrapassa o âmbito doméstico e se manifesta em diferentes espaços sociais. A literatura aponta que profissionais de enfermagem também estão expostos a situações de violência, o que pode impactar sua saúde mental e sua prática assistencial⁵.

Dessa forma, os achados do estudo evidenciam que a violência contra a mulher na Atenção Primária à Saúde é um fenômeno multifacetado, permeado por barreiras estruturais, institucionais e socioculturais. O enfrentamento dessa problemática exige não apenas capacitação profissional, mas também o fortalecimento da rede intersetorial, a reorganização dos serviços e a adoção de práticas de cuidado centradas na escuta, no vínculo e na integralidade da atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo transcende a mera análise acadêmica, ele é um espelho que reflete a urgência e a complexidade da violência contra a mulher, apontando que é imperativo investir na capacitação contínua dos profissionais da APS, para aprimorar suas habilidades de escuta qualificada e manejo de situações sensíveis. E, mais do que isso, edificar uma rede intersetorial robusta, na qual os profissionais trabalhem em sinergia, garantindo um suporte integral e ininterrupto às mulheres.

Espera-se que as discussões suscitadas neste artigo sejam molas propulsoras para políticas públicas mais eficazes, ambientes de trabalho seguros e uma sociedade onde o silêncio da violência seja finalmente quebrado pela voz da justiça e do acolhimento.

REFERÊNCIAS:

- 1.Garcia Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006 Oct 7;368(9543):1260-9.
- 2.World Health Organization. *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates*. Geneva: WHO; 2021.
- 3.Brasil. Ministério da Saúde. *Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil*. Boletim Epidemiológico. Brasília: MS; 2023.
- 4.Silva VG, Ribeiro PM. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery*. 2020;24(4):e20190371.
- 5.Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(9):2929-38.

DESCRIPTORES: Atenção primária à saúde; Enfermagem; Violência contra a mulher.

EIXO TEMÁTICO: Eixo 3: Prática social, cuidado e impactos na saúde da população

