

ARTIGO ORIGINAL

Violência contra a mulher: Conhecimento de Enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde

Talita Lemos Martins¹, Fábio de Souza Terra¹, Christianne Alves Pereira Calheiros¹, Sabrina Sousa Barros¹, Anna Paula Mendes Marques de Lima Franco¹, Patrícia Scotini Freitas¹

¹Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Alfenas, MG, Brasil

Recebido em: 7 de Julho de 2026; Aceito em: 17 de Julho de 2026.

Correspondência: Anna Paula Mendes Marques de Lima Franco, annapaulafranco22@gmail.com

Como citar

Martins TL, Terra FS, Calheiros CAP, Barros SS, Franco APMML, Freitas PS. Violência contra a mulher: Conhecimento de Enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde. Enferm Bras. 2026;25(3):3323-3343 doi: [10.62827/eb.v25i3.4230](https://doi.org/10.62827/eb.v25i3.4230).

Resumo

Introdução: A violência contra a mulher é uma grave violação dos direitos humanos e problema de saúde pública, com alta frequência no contexto doméstico. A atenção primária à saúde, cenário no qual o(a) enfermeiro(a) exerce papel estratégico, possui papel importante na identificação precoce, acolhimento, notificação e encaminhamento das vítimas. **Objetivo:** Analisar o conhecimento de enfermeiros(as) da atenção primária à saúde acerca da violência contra a mulher. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo-analítico, conduzido com todos(as) os(as) enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde de um município do Sul de Minas Gerais (n=9). Utilizou-se questionário validado composto por variáveis sociodemográficas, formação profissional, percepções, atitudes e conhecimentos sobre violência contra a mulher. Os dados foram submetidos à análise descritiva e inferencial por meio dos testes Exato de Fisher, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman, considerando-se $p < 0,05$. **Resultados:** Houve predominância de profissionais do sexo feminino, com experiência na atenção primária à saúde e capacitação prévia sobre o tema. A maioria reconheceu a violência como problema de saúde pública e destacou a importância da qualificação. Contudo, permanecem desafios na abordagem dos casos por parceiro íntimo, segurança no atendimento e conhecimento sobre notificação compulsória. **Conclusão:** Embora os(as) enfermeiros(as) reconheçam a relevância do tema, persistem fragilidades na formação e prática que limitam a assistência integral. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer a educação permanente em saúde, implementar protocolos assistenciais e ampliar o suporte institucional para qualificar o cuidado prestado.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Enfermeiros; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Política de Saúde.

Abstract

Introduction: Violence against women is a serious violation of human rights and a public health problem, occurring frequently in the domestic setting. Primary Health Care, a setting in which nurses play a strategic role, being essential for the early identification, reception, reporting, and referral of victims. *Objective:* To analyze the knowledge of Primary Health Care nurses regarding violence against women. *Methods:* A cross-sectional, descriptive-analytical study was conducted with all nurses working in Primary Health Care in a municipality in southern Minas Gerais, Brazil (n=9). A validated questionnaire was used, comprising sociodemographic variables, professional training, perceptions, attitudes, and knowledge regarding violence against women. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including Fisher's exact test, the Mann–Whitney test, the Kruskal–Wallis test, and Spearman's correlation coefficient, with statistical significance set at $p < 0,05$. *Results:* Female professionals predominated, with experience in Primary Health Care and previous training on the topic. Most participants recognized violence against women as a public health issue and emphasized the importance of professional qualification. However, challenges remain regarding the management of cases involving intimate partner violence, confidence in providing care, and knowledge about mandatory reporting procedures. *Conclusion:* Although nurses recognize the relevance of the issue, weaknesses in training and professional practice persist, limiting the provision of comprehensive care. The findings highlight the need to strengthen continuing health education, implement clinical care protocols, and expand institutional support to improve the quality of care provided.

Keywords: Violence Against Women; Nurses; Primary Health Care; Public Health; Health Policy.

Violencia contra la mujer: Conocimiento de los/as Enfermeros/as de la Atención Primaria de Salud

Resumen

Introducción: La violencia contra la mujer constituye una grave violación de los derechos humanos y un problema de salud pública, con alta frecuencia en el contexto doméstico. La Atención Primaria de Salud, un contexto en el que los/las enfermeros(as) desempeñan un papel estratégico, siendo fundamentales para la identificación temprana, la acogida, la notificación y la derivación de las víctimas. *Objetivo:* Analizar el conocimiento de los/las enfermeros(as) de la Atención Primaria de Salud acerca de la violencia contra la mujer. *Métodos:* Estudio transversal, descriptivo-analítico, realizado con todos(as) los(as) enfermeros(as) de la Atención Primaria de Salud de un municipio del sur del estado de Minas Gerais, Brasil (n=9). Se utilizó un cuestionario validado compuesto por variables sociodemográficas, formación profesional, percepciones, actitudes y conocimientos sobre la violencia contra la mujer. Los datos fueron sometidos a análisis descriptivo e inferencial mediante las pruebas exacta de Fisher, U de Mann–Whitney, Kruskal–Wallis y correlación de Spearman, considerando un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. *Resultados:* Predominaron profesionales de sexo femenino, con experiencia en la Atención Primaria de Salud y capacitación previa sobre el tema. La mayoría reconoció la violencia como un problema de salud pública y destacó la importancia

de la capacitación. Sin embargo, persisten desafíos en el abordaje de los casos de violencia ejercida por la pareja íntima, en la seguridad durante la atención y en el conocimiento sobre la notificación obligatoria. *Conclusión:* Aunque los/las enfermeros(as) reconocen la relevancia del tema, persisten debilidades en la formación y en la práctica que limitan la prestación de una atención integral. Los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la educación permanente en salud, implementar protocolos asistenciales y ampliar el apoyo institucional para mejorar la calidad de la atención brindada.

Palabras-clave: Violencia contra la Mujer; Enfermeros; Atención Primaria de Salud; Salud Pública; Política de Salud.

Introdução

A Violência Contra a Mulher (VCM) é reconhecida pela World Health Organization (WHO) como uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública, envolvendo atos baseados no gênero que causam muitos danos como físicos, sexuais ou psicológicos [1]. Mundialmente, cerca de 736 milhões de mulheres sofreram violência física e/ou sexual entre 2000 e 2018, principalmente por parceiros ou ex-parceiros, com maior prevalência entre mulheres de 15 a 49 anos [2]. No Brasil, em 2024, 37,5% das mulheres foram vítimas de violência, representando aproximadamente 21,4 milhões de brasileiras [3]. Em 2023, registraram-se 258.941 casos de lesão corporal dolosa por VCM, evidenciando a magnitude do problema e a necessidade de ações de prevenção, proteção e promoção da equidade de gênero [4].

Nesse contexto, na Atenção Primária à Saúde (APS), o(a) enfermeiro(a) exerce papel estratégico na identificação precoce, acolhimento, assistência e encaminhamento de mulheres em situação de violência [5,6]. A escuta qualificada, a sensibilidade e o vínculo de confiança favorecem o reconhecimento dos casos e o acesso das vítimas à rede de proteção [7,8]. Entretanto, fragilidades na formação acadêmica, capacitação profissional, ausência de protocolos, dificuldades na articulação intersetorial, falta de apoio institucional, medo de retaliações e

estigma social ainda representam barreiras para o manejo adequado da VCM [6,9].

Além do cuidado prestado, destaca-se a responsabilidade ética e legal da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de VCM conforme estabelecido pela Lei nº 10.778/2003 [10]. Embora seja uma ferramenta fundamental para subsidiar políticas públicas, fortalecer a rede de proteção e orientar estratégias de enfrentamento, a subnotificação permanece como um desafio, reforçando a necessidade de ações integradas e qualificação de profissionais de saúde [5,7,11].

Apesar do respaldo legal e da relevância da notificação compulsória da VCM, sua efetivação na APS ainda enfrenta desafios relacionados ao desconhecimento dos fluxos institucionais, fragilidades na capacitação profissional, sobrecarga de trabalho, apoio insuficiente da gestão, receio de represálias e dilemas éticos envolvendo a autonomia da mulher e a continuidade do cuidado. Superar essas barreiras exige estratégias integradas que articulem aspectos jurídicos, éticos, clínicos e sociais, fortalecendo a atuação de enfermeiros(as) no enfrentamento da violência e na garantia dos direitos das mulheres [5,7,12-14].

A VCM constitui um grave problema de saúde pública e de direitos humanos, demandando atuação qualificada de profissionais da APS. Nesse contexto,

avaliar o conhecimento dos(as) enfermeiros(as) sobre o manejo e a notificação dos casos de violência é fundamental para qualificar o cuidado e subsidiar ações de capacitação e políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência de gênero [15].

Métodos

O estudo foi descrito de acordo com as recomendações do *checklist* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-analítico e transversal [16]. A caracterização fundamenta-se na investigação de associações entre variáveis independentes e dependentes mediante a aplicação de testes estatísticos não paramétricos, embora a população do estudo corresponda à totalidade dos(as) enfermeiros(as) atuantes no município.

O estudo foi realizado no âmbito da APS de um município do Sul de Minas Gerais, com aproximadamente 26 mil habitantes. A rede municipal de APS é composta por oito Estratégias Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Com isso, a população do estudo foi constituída por nove enfermeiros(as) atuantes nessas unidades. Foram incluídos a totalidade de enfermeiros(as). Seriam excluídos(as) os(as) profissionais que estivessem afastados(as) de suas funções no período da coleta de dados, por motivo de férias, licença ou outros afastamentos, o que não ocorreu.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2025 e fevereiro de 2026. O questionário, validado, cuja utilização foi previamente autorizada, foi aplicado após esclarecimentos sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio da técnica de autopreenchimento, e continha 66 questões distribuídas em quatro seções: informações sociodemográficas e

Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar o conhecimento de enfermeiros(as) da APS acerca da VCM.

acadêmicas, formação profissional relacionada à VCM, percepções e atitudes frente à temática e conhecimento técnico sobre violência de gênero [17].

Para a avaliação dos escores, foram adotadas as pontuações estabelecidas no instrumento de coleta de dados. Para cada questão correta foi atribuído o valor de 1 ponto; as questões erradas receberam 0 ponto, de modo que a pontuação possível variasse de 0 ao número máximo de questões. Assim, cada escore foi obtido pela soma do número de questões de cada domínio, categorizados em níveis de conhecimento (baixo, bom e alto), conforme pontos de corte definidos [17].

Nas questões referentes à definição de violência de gênero, o escore variou de 0 a 5 pontos, classificados em três níveis de conhecimento: baixo (0 a 2 pontos), bom (3 pontos) e alto (4 a 5 pontos). Para as questões referentes à epidemiologia da violência de gênero, o escore variou de 0 a 4 pontos, sendo classificado como baixo (0 a 1 ponto), bom (2 pontos) e alto (3 a 4 pontos) [17].

Em relação ao conhecimento sobre a revelação da violência de gênero pela vítima, o escore variou de 0 a 5 pontos, sendo classificados como baixo (0 a 2 pontos), bom (3 a 4 pontos) e alto (5 pontos), assim como quanto ao conhecimento sobre o manejo dos casos de violência de gênero [17].

Já para o escore referente ao conhecimento profissional sobre o manejo dos casos com indício de violência de gênero, a pontuação variou de 0 a 10

pontos, sendo classificada como baixa (0 a 4 pontos), boa (5 a 7 pontos) e alta (≥ 8 pontos). Por fim, o escore total de conhecimento variou de 0 a 30 pontos, sendo classificados como baixo (0 a 10 pontos), bom (11 a 20 pontos) e alto (21 a 30 pontos) [17].

O preenchimento ocorreu presencialmente, em ambiente reservado, garantindo privacidade e sigilo das informações, com tempo médio de aproximadamente 40 minutos. Para assegurar o anonimato, os(as) participantes foram identificados por códigos alfanuméricos (ENF1, ENF2, ENF3 e assim sucessivamente), sendo todos os dados tratados de forma confidencial.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica com técnica de dupla digitação e analisados no *software* R Studio versão 4.5. As variáveis quantitativas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão, enquanto as qualitativas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas. Foram utilizados testes estatísticos não paramétricos, incluindo os testes Exato de Fisher, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman,

adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$), para cruzamento das variáveis independentes com as dependentes.

Foram utilizados testes estatísticos não paramétricos, considerando as características dos dados e a inclusão da totalidade da população elegível. Embora o delineamento fortaleça a representatividade interna dos achados para o contexto investigado, o reduzido número de participantes ($n=9$), inerente à população do estudo, pode limitar o poder estatístico das análises inferenciais. Assim, os resultados devem ser interpretados de forma contextualizada, sobretudo na ausência de associações estatisticamente significativas.

Ademais, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sendo aprovada sob Parecer nº 7.923.366, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e pela Lei nº 14.874/2024.

Resultados

A população do estudo foi composta por nove enfermeiros(as) atuantes na APS, com idade média de 36,20 anos (desvio padrão-DP=7,60) e mediana de 16 anos de experiência profissional, evidenciando uma amostra com trajetória consolidada na assistência. Observou-se maior proporção de participantes do sexo feminino ($n=8$, 88,90%), autodeclarados(as) brancos(as) ($n=8$, 88,90%) e, casados(as) ($n=6$, 66,70%). No que diz respeito à religiosidade, a maioria possuía vínculo religioso, sendo sete católicos(as) (77,70%) e um(a) evangélico(a) (11,10%).

Quanto à formação profissional, sete participantes (77,70%) formados(as) em uma instituição

privada. Constatou-se também uma elevada proporção de profissionais com pós-graduação *lato sensu*, abrangendo sete enfermeiros(as) (77,70%).

Em relação à formação e capacitação sobre VCM entre enfermeiros(as) da APS, observou-se que seis participantes (66,60%) tiveram contato com a temática durante a graduação, enquanto três (33,30%) não receberam essa formação. Todos(as) os(as) enfermeiros(as) avaliaram a formação sobre VCM como muito importante ($n=9$; 100,00%).

Quanto à instrução sobre VCM no contexto dos serviços de saúde, seis profissionais (66,70%) afirmaram ter recebido algum tipo de capacitação

no serviço, enquanto três (33,30%) não tiveram essa oportunidade. As estratégias de instrução relatadas incluíram manual do Ministério da Saúde (n=1; 16,70%), cursos (n=2; 33,30%), protocolos associados a cursos (n=1; 16,70%), e dois participantes (33,30%) não especificaram a modalidade recebida. Todos(as) os(as) participantes consideraram a instrução no serviço como muito importante (n=9; 100,00%).

Em relação ao sentimento de profissionais ao abordar temas sensíveis, a maioria relatou sentir-se à vontade para questionar sobre consumo de bebidas alcoólicas (n=7; 77,80%), tabagismo (n=8; 88,90%) e vida sexual (n=6; 66,70%). Quanto à abordagem sobre o uso de drogas ilícitas, observou-se distribuição semelhante entre os(as) profissionais que relataram sentir-se incomodados(as) (n=4; 44,40%) e à vontade (n=4; 44,40%), enquanto um(a) participante declarou-se indiferente (n=1; 11,10%).

Na abordagem de situações de violência por parceiro íntimo (VPI), a maioria dos(as) profissionais relatou sentir-se incomodado(a) (n=6; 66,70%), seguida daqueles(as) que referiram sentir-se à vontade (n=2; 22,20%) e de um(a) participante que nunca realizou esse questionamento (n=1; 11,10%).

No que tange às atitudes de profissionais frente a VCM, a maioria concordou que a VCM e contra a criança devem receber o mesmo tratamento médico (n=6; 66,70%) e que a VPI constitui um problema médico (n=6; 66,7%). O uso abusivo de álcool e drogas foi reconhecido como fator associado à violência por 77,80% (n=7), enquanto 77,80% (n=7) discordaram que a violência esteja relacionada a problemas psicológicos da vítima.

A maioria dos(as) profissionais rejeitou a permanência de mulheres em relações violentas por

masoquismo (n=6; 66,70%) e a compreensão da VPI como um assunto privado (n=6; 66,70%). Houve distribuição semelhante das respostas quanto à atribuição da violência a fatores sociais (concordância: n=4; 44,40%; discordância: n=5; 55,60%) e aos problemas psicológicos do agressor (concordância: n=4; 44,40%; discordância: n=5; 55,60%). Todos os(as) participantes discordaram que os agressores devam receber compaixão, concordaram com sua responsabilização legal e rejeitaram a agressão como resposta aceitável à provocação.

Ademais, não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis relacionadas à capacitação profissional e o sentimento de profissionais ao abordar temas sensíveis, bem como suas atitudes frente à VCM, com valores de $p>0,05$ em todas as análises realizadas.

O conhecimento de profissionais foram avaliados em Conhecimento I, que aborda o conhecimento de profissionais sobre os conceitos de VCM, sua epidemiologia e sua identificação; Conhecimento II, que avalia o conhecimento de profissionais sobre a conduta para favorecer a revelação da VCM pela vítima; e Conhecimento III, que mensura o nível de conhecimento dos(as) participantes sobre o manejo dos casos de violência de gênero, incluindo tanto os casos confirmados quanto aqueles que apresentam indícios [17].

No domínio Conhecimento I, observou-se maior reconhecimento dos conceitos relacionados às violências física, psicológica e sexual, com elevados percentuais de respostas corretas. Entretanto, verificou-se menor reconhecimento da definição de violência moral, evidenciado pelo maior percentual de respostas incorretas nessa questão (Tabela 1).

Tabela 1 – Conhecimento sobre definições de VCM e associação com variáveis de capacitação (n=9), Minas Gerais, Brasil, 2026.

Variáveis	Resposta	Instrução		Instrução NÃO (n=3)/%	tp	Formação		p	Trein/ Form		p
		SIM (*n=6)/%	NÃO (n=3)/%			SIM (n=6)/%	NÃO (n=3)/%		SIM (n=8)/%	NÃO (n=1)/%	
a) Violência no âmbito da família é qualquer violência cometida por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por afinidades	Acertou	4 (66,70)	2 (66,70)	1,00	1,00	4 (66,70)	2 (66,70)	1,00	5 (62,50)	1 (100,00)	1,00
	Errou	2 (33,30)	1 (33,30)	-	-	2 (33,30)	1 (33,30)	-	3 (37,50)	0 (0,00)	-
b) Menosprezar, difamar, injuriar, humilhar constantemente ou intimidar uma mulher podem ser consideradas variantes da violência contra a mulher se cometidos por parceiro íntimo	Acertou	6 (100,00)	3 (100,00)	-	-	6 (100,00)	3 (100,00)	-	8 (100,00)	1 (100,00)	-
	Errou	0 (0,00)	0 (0,00)	-	-	0 (0,00)	0 (0,00)	-	0 (0,00)	0 (0,00)	-
c) Empurrões e bofetadas ocasionais são formas de violência de gênero quando cometidos contra a mulher pelo parceiro íntimo	Acertou	6 (100,00)	2 (66,70)	0,30	0,30	5 (83,30)	3 (100,00)	1,00	7 (87,50)	1 (100,00)	1,00
	Errou	0 (0,00)	1 (33,30)	-	-	1 (16,70)	0 (0,00)	-	1 (12,50)	0 (0,00)	-
d) Ser forçada a manter relações sexuais pelo parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero	Acertou	6 (100,00)	3 (100,00)	-	-	6 (100,00)	3 (100,00)	-	8 (100,00)	1 (100,00)	-
	Errou	0 (0,00)	0 (0,00)	-	-	0 (0,00)	0 (0,00)	-	0 (0,00)	0 (0,00)	-
e) Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição de objetos, instrumentos de trabalho, bens ou recursos econômicos, é considerada violência moral	Acertou	2 (33,30)	1 (33,30)	1,00	1,00	2(33,30)	1 (33,30)	1,00;	3 (37,50)	0 (0,00)	1,00
	Errou	4 (66,70)	2 (66,70)	-	-	4(66,7)	2 (66,70)	-	5 (62,50)	1 (100,00)	-

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

Legenda: *Tamanho da população. †Teste Exato de Fisher.

A partir do escore de conhecimento sobre a definição de VCM, cuja pontuação poderia variar de 0 a 5 pontos, observou-se média de 3,89 pontos (DP=1,05). A maioria dos(as) profissionais apresentou conhecimento classificado como alto (n=6; 66,70%), seguido por conhecimento bom (n=2; 22,20%) e baixo (n=1; 11,10%).

Quanto ao conhecimento epidemiológico sobre a VCM, observou-se reconhecimento adequado de aspectos relacionados à autoria da VPI. Entretanto, foram identificadas menores proporções de acertos em questões relacionadas à ocorrência de lesões corporais e à prevalência de relatos de violência durante consultas pré-natais (Tabela 2).

Tabela 2 – Conhecimento epidemiológico e associação com variáveis de capacitação (n=9), Minas Gerais, Brasil, 2026.

Variáveis	Resposta	Instrução		Instrução NÃO (n=3)/%	†p	Formação		p	Trein/Form		p
		SIM (*n=6)/%	SIM (n=6)/%			SIM (n=6)/%	NÃO (n=3)/%		SIM (n=8)/%	NÃO (n=1)/%	
a) Na maioria dos casos a violência praticada contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas	Acertou	6 (100,00)	3 (100,00)	-	-	6 (100,00)	3 (100,00)	-	8 (100,00)	1 (100,00)	-
	Errou	0 (0,00)	0 (0,00)			0 (0,00)	0 (0,00)		0 (0,00)	0 (0,00)	
b) Poucas vezes em que uma mulher é agredida há lesão corporal	Acertou	1 (16,70)	1 (33,30)	1,00	1,00	0 (0,00)	2 (66,70)	0,08	1 (12,50)	1 (100,00)	0,20
	Errou	5 (83,30)	2 (66,70)			6 (100,00)	1 (33,30)		7 (87,50)	0 (0,00)	
c) Uma em cada cinco mulheres que frequentam serviços pré-natais diz ser abusada pelo companheiro	Acertou	2 (33,30)	1 (33,30)	0,60	0,60	2 (33,30)	1 (33,30)	1,00	2 (25,00)	1 (100,00)	1,00
	Errou	4 (66,70)	2 (66,70)			4 (66,70)	2 (66,70)		6 (75,00)	0 (0,00)	
d) A maioria das mulheres que vive em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de saúde	Acertou	4 (66,70)	2 (66,70)	1,00	1,00	4 (66,70)	2 (66,70)	1,00	5 (62,50)	1 (100,00)	0,40
	Errou	2 (33,30)	1 (33,30)			2 (33,30)	1 (33,30)		3 (37,50)	0 (0,00)	

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).
 Legenda: *Tamanho da população. †Teste Exato de Fisher.

No que diz respeito ao escore de conhecimento epidemiológico sobre a VCM, observou-se média de 2,22 pontos (DP=0,60). A maioria dos(as) profissionais apresentou conhecimento classificado como bom (n=5; 55,60%), seguido por conhecimento alto (n=3; 33,30%) e baixo (n=1; 11,10%).

Quanto à percepção de profissionais sobre a abordagem da VCM na prática assistencial, a maioria reconheceu a importância do questionamento sobre a temática durante o atendimento (n=6; 66,70%). A análise da distribuição ordinal dos sinais e sintomas apresentados pela mulher vítima de violência, fundamentada na percepção dos(as) enfermeiros(as), está apresentada na Figura 1.

Figura 1 – Hierarquização de sinais e sintomas sugestivos de VCM por ordem de prevalência e identificação clínica (n=9), Minas Gerais, Brasil, 2026.



Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

No âmbito do Conhecimento II, observou-se maior reconhecimento de estratégias relacionadas ao rastreamento e à abordagem indireta da temática. Entretanto, identificou-se menor reconhecimento da abordagem direta como estratégia de investigação, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Condições para favorecer a revelação da VCM e associação com variáveis de capacitação (n=9), Minas Gerais, Brasil, 2026.

Variáveis	Resposta	Instrução		Instrução NÃO (n=3)/%	tp	Formação		p	Trein/ Form		p
		SIM (n=6)/%	NÃO (n=3)/%			SIM (n=6)/%	NÃO (n=3)/%		Form SIM (n=8)/%	NÃO (n=1)/%	
a) Abordar diretamente a paciente perguntando: "Você está apanhando?"	Acertou	1 (16,70)	0 (0,00)	1,00	1,00	1 (16,70)	0 (0,00)	0,50	1 (12,5,0)	0 (0,00)	1,00
	Errou	5 (83,30)	3 (100,00)			5 (83,30)	3 (100,00)		7 (87,50)	1 (100,00)	
b) Evitar abordar o assunto a menos que essa seja a queixa principal da paciente	Acertou	4 (66,70)	3 (100,00)	0,50	0,50	4 (66,70)	3 (100,00)	0,50	6 (75,00)	1 (100,00)	1,00
	Errou	2 (33,30)	0 (0,00)			2 (33,30)	0 (0,00)		2 (25,00)	0 (0,00)	
c) Perguntar se há alguém com problemas de alcoolismo em casa e se essa pessoa fica violenta quando bebe	Acertou	5 (83,30)	2 (66,70)	1,00	1,00	4 (66,70)	3 (100,00)	0,50	6 (75,00)	1 (100,00)	1,00
	Errou	1 (16,70)	1 (33,30)			2 (33,30)	0 (0,00)		2 (25,00)	0 (0,00)	
d) Perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa	Acertou	5 (83,30)	3 (100,00)	1,00	1,00	5 (83,30)	3 (100,00)	0,30	7 (87,50)	1 (100,00)	1,00
	Errou	1 (16,70)	0 (0,00)			1 (16,70)	0 (0,00)		1 (12,50)	0 (0,00)	
e) Explicar que a violência contra a mulher pode existir na vida das mulheres e dizer que pergunta isso a todas as pacientes e em seguida perguntar: "Você já apanhou do parceiro?"	Acertou	4 (66,70)	0 (0,00)	0,10	0,10	2 (33,30)	2 (66,70)	0,50	4 (50,00)	0 (0,00)	1,00
	Errou	2 (33,30)	3 (100,00)			4 (66,70)	1 (33,30)		4 (50,00)	1 (100,00)	

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

Legenda: *Tamanho da população. †Teste Exato de Fisher.

No escore de conhecimento sobre a revelação da VCM pela vítima, observou-se pontuação média de 3,00 pontos (DP=0,80). A maioria dos(as) profissionais apresentou conhecimento classificado como bom (n=6; 66,70%), enquanto 33,30% (n=3) apresentaram conhecimento baixo. Nenhum(a) profissional apresentou conhecimento classificado como alto.

No âmbito do Conhecimento III, observou-se maior reconhecimento das ações relacionadas à avaliação de risco, identificação de sinais sugestivos de violência e manejo dos casos de violência sexual (n=8; 88,90%). A menor proporção de acertos ocorreu na identificação da prescrição medicamentosa como estratégia inadequada para o enfrentamento da situação (n=3; 33,30%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Manejo de casos de violência e associação com variáveis de capacitação (n=9), Minas Gerais, Brasil, 2026.

Variáveis	Resposta	Instrução		†p	Formação		p	Trein/		P
		SIM (n=6)/%	NÃO (n=3)/%		SIM (n=6)/%	NÃO (n=3)/%		Form SIM (n=8)/%	Form NÃO (n=1)/%	
a) O profissional deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto	Acertou	5 (83,30)	3 (100,00)	1,00	5 (83,30)	3 (100,00)	0,30	7 (87,50)	1 (100,00)	1,00
	Errou	1 (16,70)	0 (0,00)		1 (16,70)	0 (0,00)		1 (12,50)	0 (0,00)	
b) Marcar retorno em intervalos menores que um mês quando suspeitar que a paciente sofre violência	Acertou	4 (66,70)	2 (66,70)	1,00	4 (66,70)	2 (66,70)	1,00	5 (62,50)	1 (100,00)	1,00
	Errou	2 (33,30)	1 (33,30)		2 (33,30)	1 (33,30)		3 (37,50)	0 (0,00)	
c) O médico deve prescrever calmantes/ antidepressivos para a paciente conseguir lidar com os possíveis problemas que tem	Acertou	2 (33,30)	1 (33,30)	1,00	2 (33,30)	1 (33,30)	0,30	3 (37,50)	0 (0,00)	1,00
	Errou	4 (66,70)	2 (66,70)		4 (66,70)	2 (66,70)		5 (62,50)	1 (100,00)	
d) No caso de violência sexual, direcionar o atendimento para a contracepção de emergência, profilaxia de DST/AIDS e outros procedimentos necessários, incluindo interrupção de gravidez prevista em Lei	Acertou	5 (83,30)	3 (100,00)	0,30	5 (83,30)	3 (100,00)	1,00	7 (87,50)	1 (100,00)	1,00
	Errou	1 (16,70)	0 (0,00)		1 (16,70)	0 (0,00)		1 (12,50)	0 (0,00)	
e) Avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência	Acertou	5 (83,30)	3 (100,00)	1,00	5 (83,30)	3 (100,00)	1,00	7 (87,50)	1 (100,00)	1,00
	Errou	1 (16,70)	0 (0,00)		1 (16,70)	0 (0,00)		1 (12,50)	0 (0,00)	

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

Legenda: †Tamanho da população. †Teste Exato de Fisher.

Adicionalmente, o escore médio de conhecimento sobre o manejo dos casos confirmados de VCM foi de 4,50 pontos, sendo que 55,60% (n=5) alcançaram classificação alta e 44,40% (n=4) classificação boa.

Quanto ao manejo de indícios de VCM, observou-se maior reconhecimento das condutas

relacionadas ao planejamento de segurança, encaminhamento à rede de apoio, notificação compulsória e utilização de protocolos assistenciais. As menores proporções de acertos ocorreram em condutas relacionadas à orientação para término imediato da relação, recomendação de terapia de casal e participação do parceiro na consulta (Tabela 5).

Tabela 5 – *Condutas profissionais no manejo de indícios de VCM e associação com variáveis de capacitação (n=9), Minas Gerais, Brasil, 2026.*

Variáveis		Resposta		Instrução		Instrução		Formação		Formação		Trein/FormTrein/Form	
				SIM		NÃO		SIM		NÃO		P	
				(*n=6)/%		(n=3)/%		(n=6)/%		(n=3)/%		(n=8)/%	
												SIM	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
												NÃO	
												(n=1)/%	
												P	
												SIM	
												(n=8)/%	
								</					

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

Legenda: *Tamanho da população. †Teste Exato de Fisher.

No escore de conhecimento profissional sobre o manejo dos casos de indício de VCM, observou-se média de 6,40 pontos (DP=0,70), sendo que todos(as) os(as) participantes apresentaram conhecimento classificado como bom (n=9; 100,00%).

Considerando o escore total geral de conhecimento sobre VCM, verificou-se média de 21,00 pontos (DP=2,18). A maioria dos(as) profissionais apresentou conhecimento classificado como alto (n=7; 77,80%), enquanto 11,10% (n=1) apresentaram conhecimento bom e 11,10% (n=1) conhecimento baixo.

Na análise das variáveis sociodemográficas e de capacitação profissional, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no escore

total de conhecimento pelo teste de Mann-Whitney e pelo teste de Kruskal-Wallis ($p>0,05$). De forma semelhante, a análise pelo coeficiente de correlação de Spearman não identificou correlações estatisticamente significativas entre o escore total e as variáveis numéricas avaliadas ($p>0,05$). Ademais, nas análises de associação entre as dimensões do conhecimento profissional sobre VCM (definições, aspectos epidemiológicos, revelação e manejo dos casos) e as variáveis relacionadas à capacitação (instrução, formação e treinamento), não foram identificadas associações estatisticamente significativas pelo teste Exato de Fisher, com valores de $p>0,05$ em todas as comparações realizadas.

Discussão

A caracterização dos(as) participantes evidenciou perfil compatível com estudos nacionais sobre enfermagem na APS, composto predominantemente por profissionais do sexo feminino, adultos jovens, com trajetória consolidada e estabilidade nos serviços públicos de saúde. A média etária foi de 36,20 anos e o tempo médio de experiência profissional de 12,30 anos, reforçando um perfil assistencial experiente [5,18].

A predominância de profissionais autodeclarados(as) brancos(as), católicos(as) e casados(as) caracteriza um grupo culturalmente homogêneo, cujas crenças e valores podem influenciar a percepção e condução dos casos de VCM, uma vez que aspectos socioculturais interferem nas atitudes profissionais frente à violência de gênero [5,11].

A maioria dos(as) participantes apresentou forte vínculo com o território de atuação, condição que pode favorecer a longitudinalidade do cuidado e a identificação precoce da violência na APS; contudo,

em municípios menores, essa proximidade também pode gerar receio de exposição e dificuldades na abordagem dos casos, contribuindo para a subnotificação [13].

Apesar da experiência profissional, os achados indicam lacunas na formação sobre VCM, sugerindo abordagem fragmentada e pouco integrada à prática assistencial, o que pode comprometer o reconhecimento precoce, a abordagem qualificada e o manejo dos casos na APS [5,7].

Quanto à formação acadêmica, a maioria dos(as) participantes possuía pós-graduação *lato sensu*, principalmente em áreas relacionadas à APS, enquanto nenhum(a) havia realizado residência profissional ou pós-graduação *stricto sensu*, reforçando a predominância dessa modalidade como estratégia de qualificação complementar na enfermagem da APS [7,19].

Apesar de ampliar competências profissionais, evidências apontam que a formação em saúde

ainda aborda a violência de gênero de forma limitada, com fragilidades no desenvolvimento de habilidades para rastreamento, acolhimento, notificação e articulação da rede de proteção [5,20].

A formação sobre VCM durante a graduação mostrou-se heterogênea, sendo relatada por 66,60% dos(as) participantes, enquanto 33,30% não tiveram abordagem formal sobre o tema, corroborando estudos que apontam a posição secundária da violência de gênero nos currículos de enfermagem. Essa lacuna formativa pode repercutir na segurança profissional, comunicação e manejo adequado dos casos no contexto da APS [21-24].

Embora 66,70% dos(as) profissionais tenham recebido capacitação sobre VCM, as estratégias foram fragmentadas, evidenciando ações pontuais e a necessidade de fortalecer processos estruturados de Educação Permanente em Saúde (EPS) [9,25].

Embora sem associação estatística, observou-se que profissionais com capacitação formal tendem a apresentar maior conforto na abordagem da VCM, corroborando evidências sobre o impacto positivo da EPS na autoeficácia profissional [23,26]. Apesar do reconhecimento da importância da capacitação, persistiram dificuldades na abordagem e no rastreamento da VCM, indicando que ações pontuais são insuficientes e reforçando a necessidade de estratégias contínuas de EPS para qualificar o cuidado às mulheres na APS [5,20].

Sobre as percepções, atitudes e abordagem da violência, quanto à abordagem de temas sensíveis, os(as) profissionais demonstraram maior conforto ao investigar questões já incorporadas à rotina clínica, como tabagismo (88,90%) e consumo de álcool (77,80%). Entretanto, a abordagem direta da VCM gerou desconforto em 66,70% dos(as) participantes, enquanto apenas 22,20% relataram sentir-se à vontade e 11,10% nunca haviam realizado esse questionamento. Esse achado evidencia que, apesar

do reconhecimento da VCM como problema de saúde, ainda persistem barreiras relacionadas à insegurança profissional, medo de interferência na vida privada, dificuldades de comunicação e limitações estruturais para o rastreamento adequado [27,28].

Os resultados indicam que a VCM ainda não está plenamente incorporada como prática assistencial rotineira na APS, diferentemente de outros fatores investigados no cuidado em saúde. A permanência de abordagens centradas apenas na demanda explícita da mulher contraria recomendações nacionais e internacionais, que orientam a identificação precoce da VCM diante de sinais sugestivos, utilizando acolhimento qualificado, escuta sensível e respeito à autonomia da mulher [2,23,24,29].

Quanto às atitudes profissionais, observou-se compreensão da VCM como violação de direitos humanos, com rejeição da justificativa da violência por provocação (100,00%), responsabilização dos agressores (100,00%) e discordância de sua atribuição a problemas psicológicos da vítima (83,30%) ou como assunto privado (66,70%). Entretanto, a persistência de percepções de culpabilização da mulher e associação da violência ao consumo de álcool e drogas evidencia interpretações reducionistas, reforçando a necessidade de processos educativos que contemplem aspectos sociais, culturais e de gênero [7,15].

A avaliação geral do conhecimento dos(as) enfermeiros(as) sobre VCM evidenciou domínio conceitual satisfatório, sendo que o reconhecimento da violência demonstra compreensão de conceitos fortalecidos por políticas públicas e legislações voltadas ao enfrentamento da VCM [29,30].

Quanto ao reconhecimento dos sinais de VCM, os(as) profissionais identificaram principalmente manifestações físicas, como ferimentos inexplicáveis e dor pélvica crônica, sugerindo maior

facilidade em reconhecer situações de violência evidente. Nesse contexto, esse padrão pode limitar a identificação de manifestações psicológicas, comportamentais e formas não físicas de violência, que frequentemente permanecem invisibilizadas no cuidado em saúde [7,24].

Entretanto, menores percentuais de acerto sobre violência familiar, moral e econômica indicam que manifestações menos visíveis permanecem parcialmente reconhecidas, reforçando achados que apontam dificuldades na identificação das formas não físicas da VCM na prática assistencial [31,32].

Apesar do conhecimento conceitual elevado, o domínio epidemiológico apresentou limitações. Essas lacunas podem comprometer a suspeição clínica e o rastreamento em momentos estratégicos da APS, como consultas pré-natais e acompanhamento longitudinal das mulheres [33,34].

As principais fragilidades ocorreram nas estratégias para favorecer a revelação da VCM, evidenciando dificuldades na aplicação prática do conhecimento [2,30].

Além disso, a persistência residual de crenças relacionadas à permanência da mulher em relações violentas por masoquismo evidencia representações estigmatizantes e de culpabilização da vítima, contrapondo evidências de que essa permanência envolve fatores complexos, como dependência econômica, medo, fragilidade da rede de apoio, vínculos familiares e dificuldades de acesso à proteção [5,21].

Adicionalmente, persistiram lacunas relacionadas às práticas assistenciais, uma vez que apenas 33,30% rejeitaram condutas inadequadas, como prescrição de calmantes ou antidepressivos como estratégia de enfrentamento da violência, indicação de terapia de casal e inclusão do parceiro na consulta.

Tais práticas podem comprometer a segurança da mulher e refletem dificuldades na operacionalização do cuidado baseado em evidências [7,24]. Ademais, 55,60% dos(as) profissionais não reconheceram como inadequada a orientação para que a mulher deixe imediatamente o parceiro, indicando limitações na compreensão da autonomia da vítima e da complexidade do rompimento do ciclo de violência, aspecto que pode fragilizar o vínculo terapêutico [5].

O conhecimento global apresentou média de 21,00 pontos, em escala de zero a 30, com predominância de conhecimento alto (77,80%), seguido de conhecimento bom (11,10%) e baixo (11,10%). Apesar do desempenho geral satisfatório, os achados demonstram que o conhecimento teórico não garante, isoladamente, segurança na abordagem e manejo da VCM, permanecendo lacunas capazes de interferir na assistência [18,35]. Ou seja, embora os(as) enfermeiros(as) apresentem conhecimento conceitual satisfatório sobre VCM, persistem lacunas na epidemiologia, identificação de sinais e estratégias de abordagem, evidenciando a necessidade de qualificação profissional voltada à aplicação prática do cuidado na APS.

Em relação à notificação compulsória como conduta adequada, os desafios permanecem na sua efetivação, relacionados ao desconforto na abordagem, limitações no rastreamento e presença de práticas medicalizantes. Essas barreiras demonstram que conhecer a norma não necessariamente resulta em sua aplicação prática [36]. Além disso, dificuldades institucionais, culturais e organizacionais, incluindo fragilidade dos fluxos assistenciais, condições de trabalho e articulação com a rede de apoio, contribuem para a invisibilidade da VCM nos serviços de saúde [9,20,25].

Os achados reforçam a existência de uma lacuna entre conhecimento conceitual e aplicação clínica, uma vez que, apesar do reconhecimento de

estratégias como plano de segurança e avaliação de risco, persistem limitações na investigação ativa da VCM. A ausência de rastreamento qualificado pode dificultar a identificação precoce dos casos, especialmente quando não há relato espontâneo da mulher. Nesse contexto, o acompanhamento longitudinal, o fortalecimento do vínculo e a avaliação compartilhada dos riscos permanecem fundamentais para um cuidado centrado na autonomia e segurança da mulher [2,5,23,24].

Os achados deste estudo trazem contribuições relevantes para a prática da enfermagem, avançando na área de conhecimento, ao identificar potencialidades e lacunas no conhecimento de enfermeiros(as) da APS frente à VCM, evidenciando a necessidade de transformar o conhecimento conceitual em competências aplicadas ao cuidado. Os resultados reforçam a importância do fortalecimento de estratégias de EPS direcionadas ao

reconhecimento das diferentes formas de violência, rastreamento oportuno, comunicação qualificada e tomada de decisão segura. Dessa forma, o estudo oferece subsídios para o aprimoramento da formação profissional e da organização das práticas assistenciais, favorecendo uma atuação da enfermagem mais efetiva, acolhedora e centrada na segurança e autonomia das mulheres.

Apesar dessas contribuições, este estudo apresenta limitações relacionadas ao tamanho populacional reduzido e à realização em um único município de pequeno porte, restringindo a generalização dos achados e análises inferenciais mais robustas. Estudos futuros devem ampliar o escopo amostral, utilizar desenhos multicêntricos e longitudinais, além de incorporar abordagens qualitativas e diferentes perspectivas, como usuárias e gestores, visando fortalecer as evidências para o aprimoramento da atenção à VCM na APS brasileira.

Conclusão

Conclui-se que os(as) enfermeiros(as) da APS apresentam conhecimento teórico satisfatório sobre a VCM, especialmente quanto às suas definições; entretanto, persistem lacunas na aplicação desse conhecimento à prática assistencial, principalmente relacionadas à abordagem direta, identificação de sinais menos evidentes e adoção de condutas baseadas em evidências. A formação acadêmica e os processos de EPS ainda se mostram fragmentados, contribuindo para inseguranças no manejo, desconforto na investigação da VCM e baixa incorporação do rastreamento sistemático. Embora as atitudes profissionais estejam majoritariamente alinhadas às diretrizes atuais, permanecem interpretações reducionistas sobre a violência, evidenciando uma dissociação entre conhecimento conceitual e operacionalização do cuidado.

Ademais, os achados devem ser interpretados à luz do contexto investigado, uma vez que refletem a realidade de um município de pequeno porte, o que limita sua generalização para outros cenários da APS com diferentes características organizacionais, demográficas e socioculturais.

Declaração sobre uso de Inteligência Artificial

A inteligência artificial foi utilizada de forma complementar, como apoio à organização das ideias e revisão textual. Empregaram-se o Claude AI para sistematização dos eixos e organização dos resultados e o ChatGPT para revisão gramatical e aprimoramento da fluidez textual. Todo o conteúdo produzido foi submetido à supervisão, validação e interpretação dos pesquisadores, que permaneceram responsáveis por todas as decisões analíticas e pela versão final do manuscrito.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Fontes de Financiamento

Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Martins TL, Freitas PS, Franco APMML; *Obtenção de dados:* Martins TL, Freitas PS,

Franco APMML. Análise e interpretação dos dados: Martins TL, Freitas PS, Franco APMML; *Terra FS; Calheiros CAP; Barros SS. Redação do manuscrito:* Martins TL, Freitas PS, Franco APMML; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Martins TL, Freitas PS, Franco APMML; Terra FS; Calheiros CAP; Barros SS.

Referências

1. World Health Organization. RESPECT women: a framework for preventing violence against women [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2026 Jul 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/respect-women-framework-for-preventing-violence-against-women>
2. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2026 Jul 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
3. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 5th ed. São Paulo: FBSP; 2025. Available from: https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-5a-edicao/
4. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024. São Paulo: FBSP; 2024. Available from: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/f62c4196-561d-452d-a2a8-9d33d1163af0>
5. Leite AS, Tavares RJ, Aoyama EA, Pacheco DF. The nurse's role in welcome to victims of violence against women. *Int J Hum Sci Res* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jul 6];2(21):1-9. Available from: <https://doi.org/10.22533/at.ed.5582212215079>. doi:10.22533/at.ed.5582212215079.
6. Pereira DC. Ciclo de violência contra a mulher: atendimento de enfermeiros na Atenção Primária em Saúde em Florianópolis-SC [Internet] [undergraduate thesis]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2024 [cited 2026 Jul 6]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/256719.7>.
7. Marques CCDG, Oliveira MEA. Abordagem às mulheres vítimas de violência por enfermeiras e enfermeiros. *Rev FT Ciênc Saúde* [Internet]. 2024 Aug 31 [cited 2026 Jul 6];28(137):1-21. Available from: <https://doi.org/10.69849/revistaft/pa10202408311124>. doi:10.69849/revistaft/pa10202408311124.
8. Santos SC, Barros PA, Delgado IF, Silva LV, Carvalho VKS. Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade. *Saúde Pesqui* [Internet]. 2018 May-Aug [cited 2026 Jul 6];11(2):359-68. Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6665>. doi:10.17765/1983-1870.2018v11n2p359-368
9. Bacchus LJ, d'Oliveira AFP, Pereira S, Schraiber LB, Aguiar JM, Graglia CGV, et al. An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. *BMC Prim Care* [Internet]. 2023 Sep 25 [cited 2026 Jul 6];24(1):198. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02150-1>. doi:10.1186/s12875-023-02150-1.

10. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que forem atendidos em serviços de saúde públicos ou privados [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2003 [cited 2026 Jul 6]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm.
11. Santos JAJ, Passos SG. Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da ficha de notificação compulsória em relação à violência contra a mulher. *Rev JRG Estud Acad* [Internet]. 2021 Jul 3 [cited 2026 Jul 6];4(9):50-57. Available from: <https://zenodo.org/records/5093810>. doi:10.5281/zenodo.5093810.
12. Almeida JA, Oliveira AM, Silva GM, et al. Práticas da enfermagem forense frente à violência sexual contra a mulher: revisão de escopo. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2023 [cited 2026 Jul 6];97(40):e023157. Available from: <https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1929>. doi:10.31011/reaid-2023-v.97-n.40-art.1929.
13. Pereira FTV, Marques NS. Análise de documentos oficiais norteadores da atuação dos profissionais de saúde frente às demandas de violência doméstica contra as mulheres. *Rev Bras Políticas Públicas* [Internet]. 2024 [cited 2026 Jul 6];14(3):132-55. Available from: <https://www.rdi.uniceub.br/RBPP/article/view/8699>. doi:10.5102/rbpp.v14i3.8699.
14. Purbarrar F, Khani S, Zeydi AE, Cherati JY. A review of the challenges of screening for domestic violence against women from the perspective of health professionals. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2023 Jun [cited 2026 Jul 6];12:183. Available from: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_733_22. doi:10.4103/jehp.jehp_733_22.
15. Silva TC, Silva JM, Silva LS, Silva BJL, Cardoso RFS, Soares DKS, et al. Assistência do enfermeiro na atenção primária à saúde à mulher vítima de violência por parceiro íntimo: revisão integrativa. *Contrib Cienc Soc* [Internet]. 2023 Nov [cited 2026 Jul 6];16(11):26422-39. Available from: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-099>. doi:10.55905/revconv.16n.11-099.
16. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem [Internet]. 9th ed. Porto Alegre: Artmed; 2019 [cited 2026 Jul 6]. Available from: <https://doceru.com/doc/nx15vexv>
17. Baraldi ACP. O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto-SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo [Internet] [dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009 [cited 2026 Jul 6]. Available from: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29102009-142008/pt-br.html>
18. Vasconcelos NM, Guimarães RA, Leite FMC, Machado ÍE, Malta DC. Subnotificação da violência contra a mulher no Brasil: análise entre SINAN e PNS. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2024 Oct [cited 2026 Jul 6];29(10):e07732023. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.07732023>. doi:10.1590/1413-812320242910.07732023.
19. Flor TBM, Miranda NM, Araújo MPR, Siqueira MFC, Nascimento EGC. Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023 Jan [cited 2026 Jul 6];28(1):281-90. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ySNmCLg9L9NWRHm7g6tpkxx/?lang=pt>. doi:10.1590/1413-81232023281.11292022.

20. Fernandes JM, Tonhom SFR, Peres CRFB. Obstetric violence in medical and nursing training. *Contrib Cienc Soc* [Internet]. 2024 Feb [cited 2026 Jul 6];17(2):e5235. Available from: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5235>. doi:10.55905/revconv.17n.2-176.
21. Magalhães BC, Silva CF, Silva Filho JA, Pinto AGA, Maia ER, Lopes MSV, et al. How is violence themed in nursing education? Curricular components in Northeastern Brazil. *J Interpers Violence* [Internet]. 2022 Sep [cited 2026 Jul 6];37(17-18):NP16859-NP16884. Available from: <https://doi.org/10.1177/08862605211025845>. doi:10.1177/08862605211025845.
22. Souza FTP, Oliveira EN, Costa MIF, Fernandes MA, Miranda FAN, Aquino PS. Interface between women's health and violence in the training of nurses in Brazil. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2021 Jan-Apr [cited 2026 Jul 6];39(1):e06. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/345520>. doi:10.17533/udea.iee.v39n1e06.
23. Aurora S, Kalok A, Nordin N, Hassan S, Al-Worafi YM, Mohamed M, et al. Healthcare providers' perceptions and experiences of training to respond to violence against women: results from a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 Feb 13 [cited 2026 Jul 6];20(4):3606. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043606>. doi:10.3390/ijerph20043606.
24. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. Improving health system readiness to address violence against women and girls: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Nov 23 [cited 2026 Jul 6];22(1):1429. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08826-1>. doi:10.1186/s12913-022-08826-1.
25. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Authors' commentary: domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Int Q Community Health Educ* [Internet]. 2020 Apr [cited 2026 Jul 6];40(3):237-39. Available from: <https://doi.org/10.1177/0272684X19865145>. doi:10.1177/0272684X19865145
26. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021 May 24 [cited 2026 Jul 6];2021(5):CD012423. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>. doi:10.1002/14651858.CD012423.pub2
27. Li Q, Hegarty K, Yin H, Chen J, Wang L, Wang H, et al. Nurses' preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: a mixed-methods study. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2024 Jan [cited 2026 Jul 6];56(1):174-90. Available from: <https://doi.org/10.1111/jnu.12929>. doi:10.1111/jnu.12929.
28. Lu C, Wu M, Gu Y, Gao Y, Wang M, Wang Y, et al. Identifying the barriers faced by obstetricians and registrars in screening or enquiry of intimate partner violence in pregnancy: a systematic review of the primary evidence. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2024 Feb [cited 2026 Jul 6];64(1):19-27. Available from: <https://doi.org/10.1111/ajo.13747>. doi:10.1111/ajo.13747
29. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011 [cited 2026 Jul 6]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/>

institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres.

30. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2006 [cited 2026 Jul 6]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
31. Araújo GS, Silva LRS, Oliveira RAS, et al. Advances and challenges in the implementation of the Maria da Penha Law in the fight against domestic violence. *Rev Cient Multidiscip O Saber* [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 6];1(1). Available from: <https://submissoesrevistarcmos.com.br/rcmos/article/view/922>
32. Nascimento SNBP, Bolwerk AA, Silva AC. A Lei Maria da Penha em perspectiva interdisciplinar: desafios conceituais e a complexidade das relações de gênero. *Aracê* [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 6];7(6):30175-91. Available from: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/5694>. doi:10.56238/arev7n6-239.
33. Bueno-Cavanillas A, Sosa-Rubí SG, Vallejo-Torres L, Posso M, Martín-García M, Rivas-Ruiz F, et al. Worldwide prevalence of intimate partner violence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health* [Internet]. 2021 Sep 24 [cited 2026 Jul 6];9:738459. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2021.738459/full>. doi:10.3389/fpubh.2021.738459
34. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB. Violence against women in Primary Health Care: potentialities and limitations to identification. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 Jan [cited 2026 Jul 6];52(1):14-21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718301215>. doi:10.1016/j.aprim.2018.09.008.
35. Bishop K, Douglas H, Fitzgerald R. Coercive control, domestic violence and criminal law reform: challenges and developments. *Aust J Soc Issues* [Internet]. 2024 Jun [cited 2026 Jul 6];59(2):233-49. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14461242.2024.2354801>. doi:10.1080/14461242.2024.2354801.
36. Boer K, Watson H, Hulme J, Wegner L, Smith J, Feder G, et al. Nurses' experiences with screening for intimate partner violence: a meta-synthesis. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2023 Mar [cited 2026 Jul 6];55(2):215-24. Available from: <https://doi.org/10.1111/jnu.12835>. doi:10.1111/jnu.12835



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.