



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3355>

Narrativas e reflexões sobre violências e cuidado por equipes e profissionais da Atenção Primária em Saúde

Narratives and reflections on violence and care by Primary Health Care teams and professionals

Narrativas y reflexiones sobre las violencias y la atención desde equipos y profesionales de Atención Primaria de Salud

Maria Carolina Rezende Simonsen¹ Ligia Ferreira Gomes²

¹Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação Formação Interdisciplinar em Saúde, São Paulo, Brasil.
cacsimonsen@gmail.com

²Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, São Paulo, Brasil.
lfgomes@usp.br

Resumo

O estudo teve por objetivo discorrer sobre a compreensão dos profissionais de um equipamento da Atenção Primária à Saúde na cidade de São Paulo sobre os conceitos de violência e cuidado. A coleta de dados deu-se por meio da realização de grupos focais e entrevistas com profissionais envolvidos no atendimento aos usuários do serviço. O critério de inclusão foi o vínculo do profissional com o equipamento de saúde. Cinquenta e oito profissionais de seis equipes de saúde da família e uma equipe multiprofissional de saúde participaram dos encontros, que foram registrados e transcritos. O texto transcrito foi categorizado sob a perspectiva teórica da análise de conteúdo, que abrangeu quatro dimensões: violência, cuidado, trabalho interprofissional em rede e discussões de caso. As narrativas revelaram percepções influenciadas por histórias de vida e formação teórica; disparidades sociais relacionadas a diferentes papéis profissionais e discrepâncias na vivência de situações e comportamentos que envolvem a violência. Identificaram-se barreiras estruturais, atitudinais e informacionais ao cuidado e ao manejo clínico. A síntese dos relatos reiterou a potência da qualificação das equipes para o trabalho interprofissional em saúde baseado no cuidado integral e longitudinal centrado na pessoa.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde; violência; racismo; cuidado; educação permanente em saúde.

Como citar: SIMONSEN, Maria Carolina R.; GOMES, Ligia F. Narrativas e reflexões sobre violências e cuidado por equipes e profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 24, 2026, e03455314. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3455>

Recebido: 29/05/2025
Reapresentado: 21/10/2025
Aprovado: 29/10/2025



Abstract

The study aimed to discuss the understanding of professionals from a Primary Health Care facility in the city of São Paulo regarding the concepts of violence and care. Data was collected through focus groups and interviews with professionals providing care to service users. The inclusion criterion was the professional's affiliation with the health facility. Fifty-eight professionals from six family health teams and one multidisciplinary health team participated in the meetings, which were recorded and transcribed. The transcribed text was categorized from the theoretical perspective of content analysis. Discourse analysis covered four dimensions: violence, care, interprofessional networking, and case discussions. The narratives revealed perceptions influenced by life stories and theoretical training; social disparities related to different professional roles; and discrepancies in the experience of situations and behaviors involving violence. Structural, attitudinal, and informational barriers to care and clinical management were identified. The summary of the reports reiterates the power of teams' qualification for interprofessional health work based on comprehensive, longitudinal, person-centered care.

Keywords primary health care; violence; care; racism; continuing education in health.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo analizar la comprensión de los profesionales de un dispositivo de Atención Primaria de Salud en la ciudad de São Paulo sobre los conceptos de violencia y cuidado. La recolección de datos se llevó a cabo mediante grupos focales y entrevistas con profesionales involucrados en la atención a los usuarios del servicio. El criterio de inclusión fue el vínculo laboral del profesional con el dispositivo de salud. Participaron cincuenta y ocho profesionales pertenecientes a seis equipos de salud de la familia y a un equipo multiprofesional. El contenido transcrito de las reuniones fue analizado desde la perspectiva teórica del análisis de contenido, abarcando cuatro dimensiones: violencia, cuidado, trabajo interprofesional en red y discusión de casos. Las narrativas revelaron percepciones influenciadas por trayectorias personales y formaciones teóricas; desigualdades sociales asociadas a roles profesionales, discrepancias en la vivencia de situaciones y comportamientos relacionados con la violencia. Se identificaron barreras estructurales, actitudinales y informativas que dificultan el cuidado y el abordaje clínico. La síntesis de los relatos reafirma el potencial de la formación continua de los equipos para el trabajo interprofesional en salud, basado en el cuidado integral, longitudinal y centrado en la persona.

Palabras clave atención primaria de salud; violencia; racismo; cuidado; educación permanente en salud.

Introdução

A responsabilização do setor Saúde pela temática da violência, suas expressões e efeitos na população, consolidou-se após a 49ª Assembleia Mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrida em 1996. Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a portaria n. 737 MS/GM, instituindo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Em 2015, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SP) publicou a portaria n. 1.300/2015/SMS.G que instituiu uma política específica de combate às diversas violências: os Núcleos de Prevenção à Violência (NPVs) (Souza, Andrade e Costa, 2024). Os NPVs voltam-se especificamente para identificar as situações de violência que chegam às unidades de saúde, fortalecer o processo de notificação dos casos suspeitos e confirmados, melhorar o controle e monitoramento dos casos, qualificar o acolhimento das demandas, organizar o atendimento e criar estratégias para fortalecer o cuidado integral (Macedo e Medeiros, 2025).

Apesar dos avanços produzidos desde então, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não conta com políticas públicas suficientemente efetivas para o enfrentamento resolutivo da violência decorrente da cronificação da vulnerabilidade e das desigualdades sociais, como referidas por Brasil (2005) e pela OMS em seu relatório publicado em 2002. O acesso a boas condições de saúde, moradia, saneamento básico adequado, educação pública de qualidade, segurança e proteção social interfere diretamente

nos índices de bem-estar social, no desenvolvimento econômico da população e na oportunidade de cada indivíduo se constituir como sujeito e cidadão. Barreiras no acesso aos direitos fundamentais produzem adoecimento psíquico (Buss e Pellegrini Filho, 2007). Em suas diferentes expressões, atos e comportamentos violentos associam-se a dinâmicas de poder e opressão (Brasil, 2005). Na dimensão das relações pessoais e intrafamiliares, a violência expressa-se como intimidação, discriminação, prepotência, agressões físicas, negligência e, também, como automutilações e até suicídio. Oneram-se os serviços de saúde com internações e procedimentos hospitalares e aumenta-se a morbimortalidade associada a causas evitáveis.

Na promoção da saúde, categorias classificatórias, tais como gênero, orientação sexual, classe social, geração, raça, etnia e deficiência, podem apoiar ações de vigilância em saúde, uma vez que essas categorias constituem marcadores sociais relevantes para a compreensão de hierarquias, vulnerabilidades e suscetibilidade a discriminação e violências. Por isso, a identificação de marcadores da violência, ao fundamentar políticas públicas de equidade, produz avanços no enfrentamento do problema.

Esta pesquisa foi realizada na perspectiva de uma das autoras, profissional da equipe de uma unidade de saúde que integra os serviços de Assistência Médica Ambulatorial e Unidade Básica de Saúde (AMA/UBS). A autora partiu da premissa de que dialogar sobre o tema da violência exige a compreensão do contexto em que se desencadeia. O fenômeno foi narrado por pessoas com rostos, histórias, marcas pela vida, traumas, medos, sonhos, projetos e frustrações, e foi discutido no espaço geográfico do trabalho em saúde, o território adscrito.

Este estudo teve como objetivo principal investigar como profissionais da APS compreendem e manejam situações de violência no território da comunidade. Especificamente, buscou-se: identificar concepções de violência e cuidado; descrever barreiras ao enfrentamento das violências no serviço; analisar estratégias desenvolvidas pelas equipes para o manejo dos casos que chegam ao serviço, no cotidiano da unidade.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo sobre a compreensão dos profissionais da saúde de uma AMA/UBS integrada a respeito da temática da violência. O território adscrito é uma comunidade de bairro periférico localizado na Zona Sul do município de São Paulo, caracterizado por habitações sem estrutura física adequada, frequentemente sem ventilação e com baixa luminosidade, presença de casas em risco de queda e deslizamento, zonas de saneamento básico inexistente e precária rede de atenção à saúde. De acordo com a Secretaria Municipal de Habitação, a estimativa de domicílios em favelas na região da subprefeitura correspondente era de 16,05 em relação ao total do município de São Paulo no ano de 2022, e a proporção de domicílios não conectados à rede geral de esgoto era de 8,31 em 2010, sendo estes os últimos censos coletados. Dados referentes à área de abrangência da AMA/UBS integrada permitem a visualização de um panorama quantitativo aproximado sobre o cenário sociodemográfico em questão (São Paulo, 2025). A comunidade não reflete exatamente os indicadores apontados na região da subprefeitura por caracterizar-se como uma área periférica deste território, com vulnerabilidades sociais e geográficas acentuadas.

A AMA/UBS integrada conta com seis equipes de saúde da família, uma equipe multiprofissional de saúde e um polo de saúde mental, para o cuidado de cerca de 25 mil usuários cadastrados. A UBS conta com 12 auxiliares de enfermagem, 36 agentes comunitários, oito auxiliares técnicos administrativos, três cirurgiões-dentistas, três auxiliares de saúde bucal, dois técnicos de saúde bucal, fonoaudióloga, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, dois assistentes sociais, uma psicóloga e uma psiquiatra. As equipes de saúde da UBS respondem pela cobertura de parte do território. A AMA dispõe de 12 clínicos e 12 pediatras, em regime de plantão. Na pesquisa, incluíram-se todos os profissionais das equipes mínimas e da equipe multiprofissional da unidade. Foram excluídos os profissionais que não

tinham relação de cuidado direto com os usuários atendidos, apesar de atuarem no equipamento, ou que declararam falta de interesse em participar do estudo.

Entre março e junho de 2022, 58 profissionais participaram de grupos focais com uma hora de duração. Os encontros foram semanais, durante as reuniões das equipes e nos espaços em que ocorrem diariamente discussões de caso e problematizações sobre o processo de trabalho. A presença da equipe mínima de cada área foi garantida. Ocorreram mais três entrevistas com cinco profissionais que não participam das reuniões diárias da UBS. O perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa foi analisado em conjunto com as influências mencionadas nos relatos. Todos os diálogos dos grupos focais e das entrevistas foram registrados em ata pela pesquisadora, gravados e posteriormente transcritos. Os encontros foram introduzidos em uma conversa inicial com os profissionais da saúde. As palavras violência e cuidado foram utilizadas como disparadoras do diálogo entre os participantes. Os objetivos da pesquisa foram retomados por meio de um roteiro norteador, com quatro perguntas: O que os profissionais compreendem sobre o conceito de violência e cuidado? Quais violências existem e como elas aparecem nos casos? Qual o fluxo de acolhimento e trabalho voltado para os casos de violência que chegam à unidade? Qual caso de violência específico, complexo e que pode ser elucidado, cada equipe considera relevante discutir com o grupo?

O texto transcrito foi categorizado sob a perspectiva teórica da análise de conteúdo (Bardin, 2016). O trabalho dividiu-se em três fases: pré-análise para identificar expressões e palavras relevantes nas respostas às perguntas que balizaram a coleta de dados; codificação dos dados brutos coletados em unidades de significação; classificação das unidades de significação em categorias teóricas ou empíricas relacionadas aos temas levantados. A análise buscou organizar evidências a respeito de como os profissionais envolvidos identificam os tipos de violência e como percebem as ações e as barreiras relacionadas ao seu enfrentamento na prática cotidiana do serviço. O produto da análise foi disponibilizado para os participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEP) em 21 de novembro de 2022, sob os protocolos n. 5.767.749 e n. 5.892.331.

Resultados e discussão

A análise do perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa revelou que as agentes comunitárias de saúde (ACS) representaram 52% do total. Entre as ACS, a maioria é de mulheres negras e pardas na faixa etária de 23 a 45 anos, que têm dois ou mais filhos e residem na comunidade de trabalho, em casas próprias ou em moradias alugadas. Os demais participantes eram profissionais de nível superior (34%) ou técnicos (14%). Neste grupo, a maioria é de mulheres brancas que residem fora da comunidade. Apenas dois dos profissionais de nível superior são negros.

Participaram dos grupos focais 7 médicos, entre os quais 1 psiquiatra, 7 enfermeiras (uma do AMA e seis da ESF), 6 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares administrativos, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 fonoaudióloga, 30 ACS. Foram entrevistados 2 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira do AMA e 2 técnicos administrativos da regulação.

Os salários variaram entre as diferentes profissões. O grupo de profissionais de nível superior enquadrou-se, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e segundo a faixa salarial, nas classes B ou C; os profissionais técnicos, na classe C, e as ACS, na classe D.

Perspectivas e compreensões da violência

A complexidade da temática da violência e suas diferentes manifestações foi contextualizada em um território altamente marcado por negligências estatais e particularidades sociodemográficas. Nas palavras de uma das ACS, percebe-se a densidade da experiência vivida por grupos familiares:

A minha mãe, ela apanhou a vida inteira do meu pai, depois do meu padrasto, então eu cresci vendo a minha mãe apanhar e eu nunca aceitei. Eu tenho 35 anos, sou casada há 15 e meu marido nunca encostou a mão em mim, porque cresci com isso e não vou aceitar. Minhas irmãs me apoiaram, eu cresci com essa violência dentro de casa, então a gente cria essa casca. Tive um ex-namorado, que na época não aceitou o término e me agrediu, me deu um tapa na minha cara e eu sei que, quando eu levantei [sic], eu já estava com um pau em cima dele, porque é aquela questão, eu vou me defender... e a gente estava noivo. Minha mãe até pediu para eu desculpar, mas eu falei: nunca mais. Se ele me bateu hoje porque ele não aceitou o término agora, ele vai me matar amanhã (K, 34 anos).

O debate revelou a diversidade na compreensão do tema pelos atores sociais presentes nos grupos focais. A discussão foi enriquecida por narrativas e percepções influenciadas por histórias de vida, traumas infantis e adultos, frustrações e possíveis abandonos, além dos percursos de formação teórica e do lugar de poder de cada participante no serviço. Disparidades sociais associaram-se a discrepâncias nas experiências com situações que envolvem a violência.

A relação com a área de abrangência do equipamento de saúde alvo da pesquisa implicou especificidades relacionadas ao trabalho na saúde. As ACS relataram ser acionadas de maneira muito mais frequente que os outros profissionais da unidade e vivenciar relações particulares com as vítimas atendidas. Ao compartilharem a familiaridade com o território, frequentemente estabelecem vínculos de confiança que ultrapassam o cuidado profissional com a população. Conquistam uma posição de privilégio e responsabilidade no acesso à informação sensível, de forma independente de formação teórica e respaldo clínico.

Observou-se que as ACS responderam aos questionamentos com base nas vivências pessoais, narrando histórias familiares ou próprias, em que foram submetidas a situações de violência. Algumas relataram terem sido as primeiras a romper com ciclos de violência dentro de suas famílias. Nos mesmos grupos, profissionais de nível técnico ou superior discorreram sobre o tema com base em experiências profissionais. Esse resultado espelhou a influência de origem, classe social e condição de vida dos sujeitos nas respostas e confirmou interseccionalidades com marcadores de raça e gênero nas vivências das situações de violência também entre os profissionais da saúde.

As manifestações da violência mencionadas na pesquisa alcançaram as tipologias descritas no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2014): violência autoinfligida, violência interpessoal, violência coletiva e violência estrutural (Quadro 1). Adicionalmente, contribuíram para organizar a reflexão sobre aspectos práticos relevantes para o seu enfrentamento, como o silenciamento, a invisibilidade, a culpabilização das vítimas.

A violência foi identificada em atitudes de opressores que, apesar de manipularem e simularem situações, cumprem toda a cadeia da violência. Esses casos são agravados pela invisibilidade e dificuldade de reconhecimento do fenômeno (Quadro 1).

Todos os profissionais problematizaram diferentes manifestações da violência de gênero e as consequências que ela acarreta: ciclos de dependência a que a mulher é submetida, o papel exercido pelo opressor, problemáticas envolvendo gestações fruto de estupros, omissão e negligência de cuidado parental e violência intrafamiliar. Também se testemunharam comportamentos regidos por gritos entre mães e filhos e o uso recorrente de palavrões e insultos nos dialetos dessas crianças e adolescentes. A violência sexual compareceu nos relatos de gestações não planejadas, compondo ciclos geracionais de vulnerabilidade. Marcadores de vulnerabilidade foram identificados, destacando-se ainda a negligência com idosos e o racismo estrutural (Quadro 1).

Quadro 1 – Categorias empíricas associadas à compreensão de violência entre profissionais da APS.

Unidade de registro	Unidade de significação	Categorias
Possessão, domínio	Formas de expressão da violência	Controle
Levantar a voz para o outro		
Desencadear medo, angústia	Violação do bem-estar biopsicossocial e da integridade física do indivíduo	Prática que fere a integridade biopsicossocial do indivíduo
Causar mal a alguém		
Ferir a integridade física e psicológica da pessoa		
Transgredir a liberdade do outro	Transgressão da liberdade do outro, atingindo bordas e limites que delimitam seu espaço e autonomia	Transgressão do espaço de liberdade do outro
Ultrapassar limites (pessoais, verbal, psicológico e físico)		
Silêncio (“Muitas vezes a violência vem em silêncio, você vê a necessidade da pessoa que está ao seu lado, mas você ignora.”)	Silêncio como cúmplice/coparticipante de prática violenta	Silenciamento
Invisibilidade da violência psicológica	Invisibilidade, naturalização e dificuldade de reconhecimento da violência como movimentos presentes nas relações que se desenvolvem.	Invisibilidade
Naturalização da violência como prática cotidiana		
Dificuldade de reconhecimento ou de nomeação da situação como violenta		
“Um dos fatores que faz a mulher ficar dependente do homem é a questão financeira... tem mulher que não está ali por amor, porque aquele casamento está bom, é porque ela não tem pra onde ir mesmo.”	Entraves que impedem o rompimento dos ciclos de violência, alimentando relações de dependência	Dependência emocional e financeira
Prisão psicológica: dificuldade de rompimento com o quadro		
Violência psicológica pode resultar em desencadeamento de quadros psíquicos: depressão, ansiedade etc.	Quadros psíquicos e consequências emocionais desencadeados de relações de violência	Efeitos psíquicos e questões emocionais
Violência presente desde a infância: violência estrutural e familiar	Culpabilização e estigmatização da mulher como agente que mantém e reforça o ciclo de violência.	Culpabilização da vítima
Negligência e distanciamento dos pais no cuidado com os filhos: ausência de comunicação (telas no lugar do diálogo), falta de vacinação	A ausência dos pais nos cuidados dos filhos manifesta em práticas de negligência familiar	Violência estrutural e familiar
Violência verbal dos pais com os filhos (“Me chateia muito quando eu vou na [sic] casa e vejo uma mãe gritando com palavrões... para mim, isso é uma violência (...), o modo que ela lida com as palavras com o filho, como ela impõe a voz.”)		
Gravidez não planejada/alto risco: vulnerabilidade social	Fatores de risco que favorecem o desencadeamento de situações de violência.	Vulnerabilidade social
Manipulação e simulação do agressor: oferta de benefícios por trás da prática, mantendo o ciclo e sustentando diferentes personalidades (ambiente público e privado)	Comportamentos perversos: manipulação e simulação	Comportamento do agressor

Continua>>

Quadro 1 – Categorias empíricas associadas à compreensão de violência entre profissionais da APS. Continuação.

Quebra dos ciclos geracionais de violência como estratégia de enfrentamento	Quebra dos ciclos geracionais	Estratégia de enfrentamento
Cadeia da violência: verbal – física – intimação – ameaças (“Uma coisa interessante é como se progride, de uma coisa silenciosa, faz uma ameaça, às vezes não percebe o conteúdo.”)	Violência verbal – física – intimação – ameaças: das “sutilezas” sem agressividade às práticas manifestas	Cadeia da violência

Fonte: elaboração própria.

As participantes mencionaram fragilidades na rede de apoio da mulher e concepções tradicionais de gênero e família como elementos que reforçam a posição feminina de subordinação e reduzem a manifestação dos atos violentos que ocorrem na esfera privada. Essas fragilidades incluíram a menção a equipamentos públicos que deveriam acolher, registrar demandas e realizar encaminhamentos necessários, mas negligenciam esse processo e interrompem a cadeia de cuidado. Os depoimentos tensionaram os limites da atuação profissional e apontaram desafios envolvidos nesses registros e encaminhamentos:

Eu tenho uma na minha área que, assim, ela não fala abertamente que ela apanha, mas eu já vi várias vezes roxo em diferentes partes: “deu uma apertadinha aqui, outra ali (...). Ah, não, foi brincando...”. Eu dizia: “mulher, não deixa, machuca, né?”. Aí da outra vez, de novo, né? “Ah, eu bebi uma cerveja, o marido também, discutiu, ele me deu um soco”, ela disse. Mas, assim, aí eu conversei com ela, né? Ela não vem ao posto de saúde. Se olhar o prontuário dela, está vazio. Já orientei a vir fazer papa [Papanicolau], já orientei vacina de covid, que ela tomou só duas, e assim já perguntei para ela por que ela não trabalha fora. Ela responde: “Porque a minha leitura é pouca, eu não sei andar” (C, 43).

Esse fenômeno foi analisado no estudo “Rota e críticas: o caminho das mulheres no enfrentamento da violência”, em que Meneghel e Martini Vial (2008) constataram que a rota de enfrentamento da violência apenas se torna oficial quando dada como pública, geralmente mediante registro da ocorrência em uma delegacia por parte das mulheres.

A raça demarca um modo de estar no mundo, marcado por relações de domínio colonial e opressão, sem correspondente biológico, que se produz e reproduz socialmente em múltiplas camadas relevantes para o trabalho na saúde.

Mas muitas vezes você não precisa ir muito longe para ver, acontece dentro de casa falando “vira homem, moleque”... Vou falar aqui *pra* vocês uma coisa que [*sic*] eu tenho pavor: o racismo. Eu tenho nojo, e meu avô, por ser daquela época lá atrás, ser branco dos olhos claros, ele questionava muito. Dizia: “Veado, olha que negro feio”. E eu falava: “Vô, para com isso, a gente tem negro na família...”. Meu avô não é pai do meu pai mesmo, ele adotou o meu pai, mas o pai do meu pai é negro, eu tenho sangue de preto nas minhas veias, e eu falava: “Vô para com isso, você tem neto preto, sua filha casou [*sic*] com preto”, para calar a boca dele. Então, muitas vezes começa dentro de casa assim” (M, 29).

O racismo explicita marcas de violência estrutural que reproduzem exclusão social desde a época colonial, no Brasil. Dicotomias entre o homem europeu, lido como padrão no imaginário social da

sociedade escravocrata, e os povos indígenas e africanos, classificados como espécies não humanas, instauraram a classificação de raça, como categoria política e cultural.

O Atlas da Violência de 2018 indica que o risco de morte violenta em adultos depende do marcador social de raça/cor, com registro de piora nos indicadores entre a população negra (Gonçalves et al., 2019). Apesar de socialmente naturalizada, a desigualdade racial persiste no acesso a cuidados e aos desfechos em saúde desde a infância. Segundo o relatório sobre iniquidades etnoraciais no Brasil (Rebouças et al., 2022), crianças indígenas apresentam 14 vezes mais chances de morrer por diarreia, enquanto o risco é 72% maior para crianças nascidas de mães pretas, comparado com as crianças de mães brancas. Quanto às causas acidentais de mortalidade, essa diferença é de 37%.

Muitas histórias de violência levadas ao debate se desenrolaram no espaço relacional das famílias, núcleo central de intervenção do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Documentaram-se comportamentos que reproduzem e reforçam práticas de violência, tanto na repetição em cadeia de ações agressivas de um membro com o outro, como em atos de negligência e silenciamento sobre as práticas de figuras centrais agressoras. Os profissionais descreveram nitidamente seus incômodos diante de situações de violência caracterizadas pela ausência de atitude de enfrentamento:

Eu venho acompanhando um casal de idosos, e há muitos anos que ela vem sofrendo agressões do marido. Eu sempre tentei ajudá-la de alguma forma para ela poder expor isso para pedir ajuda aqui no posto; eu nem sei se nas consultas ela já conseguiu falar para a doutora tudo o que ela já falou para mim. E ela conta que o momento das agressões que ele fazia com ela ocorria enquanto ela estava dormindo, então ela já acordou várias vezes com ele tentando sufocá-la... e aí ela acordava assustada, né, e questionava o que era aquilo e ele dizia que ela estava doida, estava sonhando... Então, assim, ele nunca foi de dar murro nela, de chutar ela... eu tentei fazer com que ela se abrisse para os filhos dela, mas ela disse que nunca teve coragem de falar nada para os filhos. Ela disse que fica muito triste, que tem medo de falar as coisas para mim, e ela sempre diz que ele está ouvindo atrás das portas o que a gente fala, então ela tem muito medo dele (C, 43).

Segundo Mandelbaum (2003), essa expressão da violência deriva de valores patriarcais fortemente influenciados por concepções religiosas e sociais do século XIX e início do século XX, que permanecem e atravessam as relações de gênero. A família é constituída por um conjunto de determinações econômicas, sociais, culturais que organizam os lugares e relações intrafamiliares de cada membro. Ainda que os sujeitos não conheçam conscientemente todas essas determinações, a família constitui um campo de interseção entre o real e o psíquico. Nos arranjos de parentesco e significados atribuídos a seus componentes, a família sofre a determinação de uma história sociocultural na qual se estabelece e que a atravessa, ao mesmo tempo que é construída na interação afetiva entre os membros (Mandelbaum, 2003).

A legitimação da condição de dominação acompanha o processo de aceitação do patriarcado e a destruição da colaboração fundamental entre homens e mulheres, própria da vida matriarcal (Maturana e Verden-Zoller, 1997). O patriarcado e o racismo colocam-se, assim, como dispositivos estruturantes de poder e opressão. Conduzem a vida cotidiana a um modo de coexistência que valoriza a guerra, a competição, a disputa, as hierarquias, as autoridades, a apropriação de recursos e poder com a justificativa racional de dominação dos outros pela apropriação do que é dito como verdade (Maturana e Verden-Zoller, 1997).

A violência intrafamiliar que emergiu nos enredos das narrativas perpassou o uso de arma de fogo como ameaça, noites de sono dormidas com um revólver embaixo do travesseiro, episódios presenciados pelos filhos em que o pai agride a mãe fisicamente com facadas, espancamentos diários e por anos do parceiro. Os relatos dos participantes confirmaram a literatura e os dados oficiais do Mapa da Violência de 2012, segundo o qual as armas de fogo continuam sendo o principal instrumento dos homicídios

com assimetrias entre os gêneros. Objetos cortantes, penetrantes e contundentes, que exigem contato direto, são instrumentos frequentes na violência contra a mulher (Waiselfisz, 2011, 2012).

Segundo Waiselfisz (2015), uma das formas mais comuns de violência no ambiente familiar é a sexual. As meninas são as principais vítimas, tendo como agressores o pai, o padrasto, os irmãos ou pessoas conhecidas pela família. O principal ambiente das situações de violência (71,8% dos incidentes) é o local de residência da mulher, principalmente entre as vítimas menores de 10 anos e maiores de 30 anos. Do total de agressões notificadas, 42,5% foram praticadas por parceiro ou ex-parceiro da mulher.

Segundo Ramos e Silva (2011), a violência psicológica, empregada como instrumento de controle na relação de educação pautada no medo e na humilhação, interfere na autoestima e no desenvolvimento psicomotor, intelectual e social das crianças. Além de variadas modalidades de agressão, muitos pais e cuidadores negligenciaram o calendário vacinal obrigatório e não levaram crianças para consultas de rotina ou outros atendimentos. Retratar-se situações de distanciamento dos pais no cuidado com os filhos, demarcando relações nas quais há a substituição da atenção e da preocupação pelo uso de objetos intermediários, como tecnologias e telas.

A negligência pode ser caracterizada como o não atendimento das necessidades físicas e cognitivas básicas, temporariamente ou permanentemente, pelos adultos com os quais as crianças convivem (Suder e Crepaldi, 2008 apud Machado et al., 2014). De acordo com Ramos e Silva (2011), essa omissão se manifesta na privação de afeto e no descompromisso com a oferta de alimentação adequada, com acesso à educação de qualidade, entre outros fatores.

Entraves e barreiras de acesso ao cuidado

A reflexão sobre os fluxos de atendimento e manejo clínico evidenciou uma série de fragilidades no enfrentamento do fenômeno da violência pela equipe da UBS. Explicitou-se o distanciamento entre as percepções estruturadas pelo saber acadêmico, que dirigem a atuação profissional, e as vivências cotidianas de uma realidade muito violenta que afeta toda a equipe. O julgamento profissional compôs relatos de barreiras atitudinais. As ações relatadas se superpõem à invisibilidade do fenômeno, naturalizado tanto pelos profissionais que acolhem as demandas como pela comunidade atendida. Segundo os relatos, o distanciamento e a invisibilidade implicam o risco de deslegitimação do sofrimento, o que pode comprometer a qualidade do cuidado.

É porque, para procurar ajuda, ela tem que aceitar as mudanças na vida dela, né? Se não aceitar as mudanças, não vai servir de nada, precisa aceitar uma orientação inicial para ela mudar, né? (...) Eu lembro [sic] desse caso... só que assim não condiz tanto com o que você fala, porque aí tem que ver as duas partes, né, tanto o parceiro quanto ela. Eu falei para ela: "Eu preciso que a senhora passe com Carol, psicóloga, para poder entender mais esse sofrimento", porque tem coisa que não bate com o que ela fala, e acho que ela tem algum outro problema... Não sei se ela vai, eu sei quando a pessoa está inventando uma coisa que não está acontecendo... Talvez eu percebo isso [sic], não sei se estou certa ou errada, mas ela se nega a vir conversar com a Carol, se negou várias vezes... Então tem coisas que às vezes a gente não consegue dizer. Se ela quer ajuda, a gente proporciona ajuda em várias situações que ela sempre relata, mas ela não quer... não quer tomar remédio, não quer nada, então não sei o quanto que é verdade o que ela fala, o quanto que ela está talvez imaginando na cabeça dela... Ela se nega a fazer acompanhamento; o esposo vem e vejo ele quieto, tranquilo, não vejo ele um homem agitado, eu vejo ele bem calmo, eu não sei o quanto será que é verdade ou o quanto que não é (N, 54 anos).

Os grupos relacionaram o despreparo das equipes para lidar com as manifestações da violência a lacunas na abordagem do tema na formação das profissões da saúde e ao modo como o processo de trabalho se estrutura no equipamento.

Os relatos descreveram que os espaços disponíveis na UBS para acolhimento não oferecem a garantia do respeito à privacidade e ao sigilo das pessoas atendidas e mencionaram fragilidades na recepção, percebida como um espaço marcado por condutas balizadas pelo preconceito, invisibilidade e revitimização. A culpabilização da vítima pela situação narrada compareceu nas falas de alguns médicos, durante os grupos focais. Não houve falas culpabilizadoras por parte das ACS, enfermeiras ou técnicas de enfermagem. As assimetrias na percepção reducionista da questão da violência podem ter sido influenciadas por diferenças na exposição dos diferentes profissionais às complexidades do cotidiano do território. Acolhimentos emergenciais realizados a vítimas de violência são conduzidos na unidade, com prazo de 24 horas entre o evento e o atendimento, apenas com as enfermeiras. O contato dos outros profissionais da equipe com as vítimas de violência se inicia por encaminhamentos em reuniões de equipe, durante discussões de caso, após triagem da enfermagem nos espaços de acolhimento ou em consultas agendadas com os médicos.

Campos (2015) descreveu barreiras semelhantes à efetivação do trabalho intersetorial e integral de acolhimento e cuidado a vítimas de violência nos serviços de saúde, apontando a ineficiência de dispositivos de segurança, demora nos atendimentos após encaminhamentos necessários e ausência de protocolos delimitados de atendimento. Pasinato, citado por Campos (2015), identificou que deficiências na qualificação profissional das equipes, associadas à insuficiência de recursos materiais e humanos e à atuação assistencialista fragmentada e descontínua, dificultam o enfrentamento às violências e fragilizam o acesso a direitos pelas mulheres.

Entre as barreiras atitudinais tipificadas pelos grupos como entrave ao cuidado, a culpabilização das vítimas por parte dos profissionais que as acolhem no serviço, como se elas provocassem ou não se manifestassem na intencionalidade de modificar sua condição, retroalimenta o ciclo em que se encontram. Segundo as ACS, esse cenário pode resultar na disparidade do número de casos que acessam o acolhimento e a continuidade do cuidado pelas equipes, em relação à incidência de situações de violência constatadas a partir da escuta, nas visitas. Na equipe, as ACS compartilham com a população atendida um conjunto de padrões de exploração e marginalização constituintes das estruturas da sociedade civil que moldam seus modos de vida e bem-estar social e se expressam no acesso, prevenção, atendimento, tratamento, diagnóstico e educação em saúde. Ao mesmo tempo, relatam protagonizar um trabalho que se reduz fundamentalmente à coleta de dados e ao compartilhamento dos casos em reuniões, sem que elas tenham conhecimento sobre a continuidade do cuidado, o que limita seu envolvimento efetivo na construção de projetos terapêuticos.

A esse respeito, Macedo e Medeiros (2025) ampliaram o debate em saúde sobre a causalidade e o impacto de fatores sociais da determinação de vulnerabilidades em saúde nos processos de saúde e doença da população. Segundo os autores, além de desigualdades econômicas (vinculadas a classe social e trabalho), devem ser considerados marcadores sociais como raça/cor, gênero, sexualidade, etnia e deficiência. Em relação, esses marcadores produzem desigualdades interseccionadas nos modos e histórias de vida de indivíduos e grupos.

Estratégias de enfrentamento

O debate nos grupos evidenciou diferentes entendimentos sobre o cuidado, não só como conduta pontual, mas como prática em saúde a ser desenvolvida em todo o tratamento, relacionado, portanto, à integralidade da atenção.

Segundo os profissionais, carinho, escuta, acolhimento, diálogo, proteção e atenção associaram-se a ações que caracterizam o cuidado, presentes no cotidiano do trabalho em saúde, na AMA/UBS. O cuidado foi referido no âmbito do acolhimento e como meio de acesso a outras demandas, entre as quais o enfrentamento da violência. A gestão do cuidado sustenta-se na concepção da prevenção, em ações

que fortaleçam os vínculos intrafamiliares e comunitários e auxiliem na capacidade de diálogo entre os sujeitos. A singularidade de cada paciente foi indicada como princípio a ser respeitado, a fim de se conduzir à construção de práticas humanizadas pensadas para cada demanda.

Como estratégia de enfrentamento à violência, os registros incluíram o planejamento de intervenções que não reproduzam práticas de violência e a busca do fortalecimento da mulher e de sua autonomia, para que ela consiga estruturar possibilidades de rompimento com as relações de dependência emocional e financeira (Quadro 2), como sugere Waiselfisz (2015).

Quadro 2 – Categorias empíricas associadas ao fluxo de atendimento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Unidade de registro	Unidade de significação	Categorias
Julgar, analisar, ajudar	Condutas profissionais baseadas na escuta, na análise, no cuidado e na ausência de julgamento	Condutas
Escuta		
Singularidade de cada paciente leva à singularidade na conduta.		
Cuidado para não ser invasivo na conduta profissional.		
Construção de vínculo (“Pela UBS você acompanha, você faz a visita, <i>né</i> , você conhece a família, o parceiro, a vítima agressora, você pode conversar, tentar conscientizar.”)	Ações de saúde pensadas em período determinado por diferentes agentes promotores	Longitudinalidade
Dos espaços de acolhimento da enfermagem (pré-natal, Papanicolau, consulta de rotina – agendamento de consulta para escuta da demanda específica e consequente ampliação do cuidado)		
Agente comunitário de saúde (ACS): inseridos na comunidade, expostos a riscos (“Entra [<i>sic</i>] os riscos também que a gente corre, <i>né</i> , porque, vamos supor, eu <i>tô</i> sabendo que o vizinho está batendo na vizinha, ele sabe que eu denuncio, eu moro aqui, eu estou aqui todo dia (...) quando a gente traz um caso na reunião e passa pra vocês, passam para a assistente social, porque, dependendo de como for a abordagem, precisa dar uma volta imensa para essa família não ficar sabendo que foi a ACS que levou essa informação.”)	ACS: os riscos de exposições a que são submetidos como parte do trabalho em saúde com a temática	Exposição a riscos
Rede de proteção enfraquecida, empobrecimento do trabalho intersetorial	Os entraves no cuidado com casos de violência	Entraves no cuidado
ACS: ausência de retorno sobre os casos	Desconhecimento e despreparo de manejo profissional até ausência de suporte da rede intersetorial	
Desresponsabilização		
Equipe: ausência de conhecimento sobre a rede		
Impotência dos profissionais diante do relato de caso de violência/barreiras institucionais sobre condutas		
Despreparo profissional da equipe médica, principalmente pessoa jurídica ou plantonista do AMA, que não vê o paciente com a mesma frequência, não há longitudinalidade do cuidado		
Quantidade de casos que acessam é muito baixa em relação aos que ocorrem.	Preconceito, invisibilidade, revitimização: ações que dificultam o acesso do usuário vítima de violência ao cuidado integral em saúde.	Barreiras no acesso
Delegacia da mulher 24 horas: antigos entraves e barreiras de cuidado ao delimitar horários, homens no acolhimento (revitimização) e burocratização do processo		
Estigmatização do usuário: barreiras no acolhimento (“É traficante, mora na favela.”)		
Invisibilidade da dor		
Dificuldade de compartilhar a violência com os profissionais/ medo da repercussão.		
Ausência de espaço reservado para escuta, fragilidade na estrutura física e no fluxo de atendimento/uso das salas. (“ <i>Pra</i> gente elas não contam a real situação. Muitas vezes <i>pro</i> médico, quando entra nos consultório [<i>sic</i>], eles falam de uma forma mais clara... não sei se por conta do espaço ou porque é muito perto da sala de espera, todo mundo vai ouvir, por constrangimento.”)	Estrutura física do serviço é reflexo da organização de um fluxo que expõe o usuário, impedindo acolhimento com garantia de sigilo e maior humanização.	Fragilidade na estrutura física e no fluxo de atendimento

Fonte: elaboração própria.

Nota - UBS: Unidade Básica de Saúde; ACS: Agente Comunitária de Saúde; AMA: unidade de Assistência Médica Ambulatorial.

Santos, Mishima e Merhy (2018) apontam o diálogo e a escuta qualificada como possibilidades de compreensão da queixa, negociação de condutas, realização de pactos e mediação de conflito. O acolhimento consolida-se como prática de escuta e tomada de decisões que ampliam e facilitam o acesso à saúde. As ações em busca de soluções possíveis dentro das redes de cuidado disponíveis se dirigem integralmente para as reais necessidades dos usuários, conforme as queixas apresentadas. O acolhimento, nessa perspectiva, permeia todas as interfaces dos serviços com o usuário.

Cecílio (2011) define a gestão do cuidado em saúde como a disponibilização das tecnologias leves de intervenção, utilizadas “de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (Cecílio, 2011, p. 589).

A Cartilha da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2010) vincula o conceito de cuidado aos princípios norteadores do SUS. Defende a abordagem terapêutica do sujeito em sua totalidade, incluindo dimensões biopsicossociais na análise do diagnóstico em saúde e superando intervenções fragmentadas. Profissionais da APS utilizam tecnologias relacionais de elevada complexidade, como o acolhimento, a clínica ampliada, a cogestão, a produção de redes, a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, para organizar os processos de trabalho em saúde que facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a resolutividade (Brasil, 2010).

Nesse sentido, os relatos das ACS implicaram lacunas pouco visíveis da valorização do trabalho que requerem atenção da equipe. Quando se trata do enfrentamento da violência, o usuário dos serviços acessa a integralidade da rede de atenção e a equidade das ofertas de cuidado em saúde por meio da clínica ampliada, que favorece a criação de vínculos entre usuários e a equipe baseados no estabelecimento de relações de confiança.

Nesse contato, a prática dos profissionais envolvidos nas visitas domiciliares e no atendimento emergencial das vítimas é mais tensionada do que a exercida pelos demais membros da equipe. O acesso desses profissionais aos espaços particulares das famílias é importante para o conhecimento aprofundado sobre a história de cada pessoa, seus valores, suas crenças e seus hábitos. A identificação produzida no acolhimento emergencial das vítimas contribui para o estreitamento das relações e o reconhecimento dos desafios e potencialidades nos modos de vida estabelecidos por aquela pessoa, qualificando, assim, as estratégias e ações de saúde ofertadas. Entretanto, os resultados denunciam que o compartilhamento das responsabilidades de cuidado ainda demanda ações efetivas de valorização do trabalho dirigidas à própria equipe, que apoiem e sustentem essas atividades do grupo no território, como apontaram também Moreira et al. (2014).

Como perspectiva, a educação permanente em saúde foi sugerida como prática a ser desenvolvida e requisitada em diferentes espaços no serviço, para qualificação e apoio aos profissionais atuantes na ponta objetivando o letramento e conscientização dos usuários do serviço sobre seus direitos, valorização do trabalho das ACS, atualização sobre o funcionamento da rede intersetorial e treinamento de toda a equipe nas ferramentas de manejo.

Considerações finais

No presente estudo, reiterou-se a complexidade da temática da violência e suas diferentes manifestações nos espaços da APS, dando visibilidade às interfaces do tema com as iniquidades relativas à sexualidade, racismo, negligência, abandono, diagnósticos e manejo clínico em saúde mental. As histórias de vida dos diferentes profissionais e as posições que ocupam na hierarquia da unidade influenciaram as suas compreensões sobre violência e cuidado e a forma como atuam profissionalmente.

A problematização das percepções na equipe sobre os determinantes do fenômeno da violência no território adscrito possibilitou o reconhecimento e a análise dos marcadores de vulnerabilidade relacionados ao trabalho em saúde. O enfrentamento da violência e das fragilidades do serviço implicou o engajamento de toda a equipe na redução de barreiras estruturais, atitudinais e informacionais ao cuidado e ao manejo clínico.

A construção de estratégias de enfrentamento da violência na APS com base no saber popular e coletivo, contextualizado na comunidade, vinculou-se à rede intersetorial de proteção e defesa de direitos. Entre as perspectivas apontadas, estão a valorização do trabalho associado à prática clínica e social em diálogo com a teoria e a educação permanente, o fortalecimento das redes de suporte e o acesso a serviços de proteção e cuidado orientados às interseccionalidades e aos marcadores sociais identificados no território.

Informações do artigo

Contribuição das autoras

Concepção do estudo: MCRS; LFG
Curadoria dos dados: MCRS
Coleta de dados: MCRS
Análise dos dados: MCRS; LFG
Redação - manuscrito original: MCRS; LFG
Redação - revisão e edição: LFG

Financiamento

LFG é coordenadora de grupo tutorial e bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE: Equidade) do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, edital n. 11/2023, período de vigência 2024-2026.

Conflito de interesses

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEP) em 21 de novembro de 2022, sob os protocolos n. 5.767.749 e n. 5.892.331.

Apresentação prévia

Esse artigo é resultante da dissertação de mestrado Maria Carolina R. Simonsen, intitulada *Diálogo, problematização e amorosidade: uma possibilidade de enfrentamento a uma realidade silenciada pelas expressões da violência*, defendida em 2024 pelo Programa de Pós-Graduação Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde da Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.108.2024.tde-16082024-152550>.

Declaração de disponibilidade de dados

Produto educacional correspondente foi publicado no portal eduCapes: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/920938>
Os dados de pesquisa estão disponíveis em repositório (<https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/920938>; <https://doi.org/10.11606/D.108.2024.tde-152550>) Informações adicionais estão disponíveis mediante solicitação.

Preprint e versão final

Não se aplica.

Editora Científica

Bárbara Bulhões

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acesso em: 5 jun. 2023.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais de saúde. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhM/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.
- CAMPOS, Carmen H. Desafios na implantação da lei Maria da Penha. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 391-406, 2015. <https://doi.org/10.1590/1808-2432201517>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/gMFCnKzQdJzX3hLv7pPdKf/?lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2025.
- CECÍLIO, Luiz C. O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2022.
- GONÇALVES, Leandro A. P. *et al.* Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades: uma (não) agenda? *Saúde em Debate*, v. 43, p. 160-174, 2019. Número Especial 8. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S812>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/K6WrycmkxTftSzLpHKzn46f/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2025.
- MACEDO, Renata M.; MEDEIROS, Thamires M. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, e9507, 2025. <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449507P>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HjCmwPDynQscSJ5DL5GMsYN/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2025.
- MACHADO, Juliana C. *et al.* Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 828-840, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QJsp6DwvFvzK5KdTy5k43k/?lang=pt>. Acesso em: 8 maio 2025.
- MANDELBAUM, Belinda P. H. *A família como espelho: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. (Coleção Clínica Psicanalítica)
- MATURANA, Humberto; VERDEN-ZOLLER, Gerda. *Amor y Juego: desde el patriarcado a la democracia*. 5. ed. Santiago: Experiencia Humana: Instituto de Terapia Cognitiva, 1997.
- MENEGHEL, Stela N.; VIAL, Sandra Regina M. Rotas críticas: mulheres enfrentando as violências. *Athenea Digital*, n. 14, p. 199-213. 2008. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/533>. Acesso em: 5 jun. 2023.
- MOREIRA, Tatiana, N. F. *et al.* A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9GL6XQDNpD6HLFpZhRJGPv/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/publicacao/relatorio-mundial-sobre-a-prevencao-da-violencia-2014/>. Acesso em: 1 nov. 2024.

RAMOS, Martha L. C. O.; SILVA, Ana L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo: Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 136-146, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nYZkmKccHpWMjCkNHWRp7JB/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2025.

REBOUÇAS, Poliana *et al.* Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *The Lancet Global Health*, v.10, n. 10, e1453 - e1462. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00333-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00333-3). Acesso em: 29 maio 2025.

SANTOS, Debora S.; MISHIMA, Silvana M.; MEHRY, Emerson E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/?lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2025.

SÃO PAULO (Município). ObservaSampa. *Indicadores*. 2022. Disponível em: <https://observasampa.prefeitura.sp.gov.br/index.php?page=indicadores>. Acesso em: 2 jan. 2025.

SOUZA, Edinilsa R.; ANDRADE, Cristiane B.; COSTA, Daniela H. Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde: avanços e desafios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n.3, e21002024, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.21002024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jv6Fc4SMTszdpjsjK4s7M4g/?lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2025.

WAISELFISZ, Júlio J. *Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. Disponível em: <http://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/284>. Acesso em: 23 set. 2023.

WAISELFISZ, Júlio J. *Mapa da Violência 2012. Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil*. [S. l]: Centro Brasileiro de Estudos Latino Americanos CEBELA, Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais Flacso Brasil, 2012. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/mapa-da-violencia-2012-atualizacao. Acesso em: 23 set. 2023.

WAISELFISZ, Júlio J. *Mapa da violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil*. Brasília: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais – Flacso Brasil, 2015. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/mapa-da-violencia-2015. Acesso em: 23 set. 2023.