



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MEDICINA

HÉRIKA TEIXEIRA DE ARAÚJO

**Percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre o atendimento à
mulher em situação de violência doméstica: uma revisão sistemática**

Salvador

2022

HÉRIKA TEIXEIRA DE ARAÚJO

**Percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre o atendimento à
mulher em situação de violência doméstica: uma revisão sistemática**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para ingresso no internato do curso de Medicina.

Orientadora: Profa. Veridiana Silva Machado

Coorientador: Prof. Luiz Paulo Carvalho Pires de Oliveira

Salvador

2022

RESUMO

Introdução: Segundo levantamento de dados realizado pelo Atlas da Violência 2020 (IPEA/FBSP), 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil no ano de 2018, ou seja, a cada duas horas uma mulher foi assassinada no país. Nesse contexto destaca-se o papel do parceiro íntimo como principal perpetrador da violência, caracterizando a violência doméstica contra a mulher. Por ser uma das principais vias de entrada da mulher em situação de violência, a rede de Atenção Primária em Saúde assume um papel fundamental em proporcionar assistência integrada e dar visibilidade à questão através da notificação compulsória e o encaminhamento aos outros serviços da Rede de apoio. **Objetivos:** Descrever as percepções de profissionais da saúde da Atenção Primária quanto ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática, onde estudos qualitativos foram coletados nas bases de dados SciELO, Lilacs e PubMed por meio dos termos “Violence against woman”, “Domestic violence” e “Primary health care”, descritores retirados do DeCS. Foram selecionados trabalhos publicados de 2000 a 2021, que possuíam amostras de profissionais de saúde brasileiros e respondiam ao objetivo do trabalho sem desvios metodológicos. Os dados foram explorados por análise temática. **Resultados:** Por meio da análise dos 9 artigos selecionados foi percebido que a maioria dos profissionais da APS compreendia as repercussões da VCM no bem-estar da mulher, físico e mental, assim como um fator de risco para o feminicídio. Deste modo, a violência doméstica contra a mulher é reconhecida como uma importante questão psicossocial que necessita de intervenção na esfera da Saúde. No entanto foram relatados por esses profissionais dificuldades quanto à detecção, notificação e encaminhamento dos casos de VDCM. Tais dificuldades foram atribuídas desde a ausência de abordagem da temática na formação acadêmica até a falta de capacitação profissional no ambiente de trabalho. Como forma de enfrentamento a essas situações foram relatadas estratégias coletivas no âmbito da APS. **Conclusão:** a Atenção Primária em Saúde se configura como um local de grande potencial no cuidado de mulheres em situação de violência doméstica. Evidencia-se a necessidade de implementação das Políticas Públicas nos serviços da APS.

Palavras Chave: Violência contra a mulher; Violência doméstica; Atenção Básica.

ABSTRACT

Introduction: According to data collected by the 2020 Atlas of Violence (IPEA/FBSP), 4,519 women were murdered in Brazil in 2018, that is, every two hours a woman was murdered in the country. In this context, the intimate partner stands out as the main perpetrator of violence, characterizing domestic violence against women. As one of the main forms of access for women in situations of violence, the Primary Health Care network has a fundamental role in providing integrated care and giving visibility to the issue through compulsory notification and referral to other services in the Support Network. **Objectives:** To describe the perceptions of primary health care professionals regarding the care of women in situations of domestic violence. **Methodology:** A systematic review was carried out, where qualitative studies were collected in the SciELO, Lilacs and PubMed databases using the terms “Violence against woman”, “Domestic violence” and “Primary health care”, descriptors taken from DeCS. The select studies had samples of Brazilian health professional published from 2000 to 2021 and matched the objective of the work without methodological deviations. Data were explored by thematic analysis. **Results:** Through the analysis of the 9 selected articles, it was perceived that most PHC professionals understood the repercussions of VAW on women's physical and mental well-being in addition to being a risk factor for femicide. Therefore, they recognized it as an important psychosocial issue that needs intervention from the Health sphere. However, difficulties were reported by these professionals regarding the detection, notification and referral of DVAW cases. These difficulties were attributed from the absence of approach to the theme in academic training to the lack of professional training in the work environment. As a way of coping with these situations, collective strategies were reported within the scope of PHC. **Conclusion:** Primary Health Care is an area of great potential for the care of women in situations of domestic violence. It's evident the need to implement Public Policies in PHC services.

KEYWORDS: Violence against women; Domestic violence; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Secretaria Especial de Política para Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VCM	Violência Contra a Mulher
VDCM	Violência Doméstica Contra a Mulher

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	8
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.1.	O papel de gênero: aspectos sociais e históricos	9
3.2.	Violência contra a mulher.....	10
3.2.1.	Violência doméstica e intrafamiliar	12
3.3.	Políticas públicas	13
3.4.	O papel da saúde no processo de enfrentamento à violência doméstica.....	14
3.4.1.	Atuação dos profissionais da Rede de Atenção Primária	17
4	METODOLOGIA.....	19
4.1.	Desenho de estudo.....	19
4.2.	Pergunta de investigação	19
4.3.	Estratégias de busca	19
4.4.	CrITÉRIOS de elegibilidade	19
4.5.	CrITÉRIOS de exclusão	19
4.6.	Identificação e seleção de estudos	20
4.7.	Produção de dados.....	20
4.8.	Análise da qualidade dos artigos.....	20
4.9.	Plano de análise de dados.....	20
5	Aspectos éticos	21
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
7	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) é um tema que ganhou destaque nos últimos anos. Embora seja um fenômeno antigo, ele foi silenciado e naturalizado como algo que faz parte da sociedade ao qual as mulheres estão suscetíveis apenas por seu gênero. Isso significa que mesmo as mulheres que não passaram por situações de violência, poderão passar algum dia. O termo violência em seu sentido mais comum significa “forçar alguém a fazer algo contra a própria vontade, através de força física, psicológica e/ou intelectual; humilhar; constranger; limitar a liberdade; ameaçar, dentre outras possibilidades que violem os direitos essenciais da pessoa” (1).

De acordo com dados do Atlas da Violência 2020 (Ipea/FBSP), a taxa de mulheres assassinadas no Brasil, no ano de 2018, chegou a 4,3 vítimas em cada 100 mil mulheres. Esse valor representa um aumento de 4,2% em relação aos dez anos anteriores. Essa mesma análise apontou também que o índice desse crime é maior para mulheres negras: somente no ano de 2018, elas representavam 68% das mulheres assassinadas no país. Quanto a categorização por unidades federativas, o estado da Bahia obteve uma taxa de 5,5, valor acima da média nacional, representando um aumento de 28% em relação aos dez anos anteriores (2).

A violência praticada contra a mulher tornou-se pauta dos movimentos feministas a partir da constatação de que homens e mulheres vivenciam a violência de diferentes formas: enquanto os homens lideram os índices de violência urbana, as mulheres lideram os índices de violência cometidos em domicílio, efetuados principalmente por parceiro íntimo, caracterizando a Violência Doméstica contra a Mulher (VDCM) (3). Diante disso, verificou-se a necessidade de implantação de instrumentos especializados de atendimento e assistência à mulheres em situação de violência. Um avanço importante para o enfrentamento da VCM foi a fundação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM-2003), a qual propôs a criação de serviços específicos para acolhimento, suporte e garantia dos direitos da mulher em situação de violência. Esses serviços são partes de um sistema integrado em uma Rede de Atenção à Mulher (4).

Na esfera de saúde pública, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por orientar e capacitar os profissionais, a fim de promover um acolhimento qualificado com prevenção, diagnóstico e tratamento através de uma articulação nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Na área da saúde mental, os centros de referência oferecem serviços de

acolhimento psicológico, orientação jurídica e acompanhamento, visando promover autocuidado, reabilitação, reinserção da mulher na sociedade e rompimento do ciclo de violência (5).

Por ser uma das principais vias de entrada da mulher em situação de violência, a rede de Atenção Primária em Saúde (APS) assume um papel fundamental em proporcionar assistência integrada e dar visibilidade à questão através da notificação compulsória e o encaminhamento aos outros serviços da Rede. No entanto, os profissionais de saúde apresentam dificuldade em relação à identificação, abordagem e notificação dos casos de violência de gênero.

Visto o papel fundamental que esses profissionais assumem na identificação e direcionamento de mulheres que vivenciam violências, faz-se necessário compreender as suas práticas e percepções quanto ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica. Com os resultados obtidos nesse trabalho, serão compreendidas as principais demandas desses profissionais frente a essa problemática, assim como poderá haver estímulo a discussões e possíveis buscas por melhorias pessoais e profissionais para um adequado enfrentamento dessas situações.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever as percepções de profissionais da saúde da Atenção Primária quanto ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer as concepções dos profissionais de saúde sobre violência contra a mulher;

Entender como os profissionais de saúde da Atenção Primária identificam e abordam os casos de violência doméstica;

Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Primária quanto à realização da notificação compulsória e encaminhamentos aos outros setores da Rede de atenção à mulher em situação de violência;

Pontuar as estratégias de combate utilizadas pelos profissionais de saúde no cuidado à mulher em situação de violência doméstica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1. O papel do gênero: aspectos sociais e históricos

As raízes tradicionalistas da sociedade patriarcal se basearam nas características biológicas pertinentes aos sexos masculino e feminino para justificar a divisão assimétrica de funções entre homens e mulheres. As mulheres, por serem dotadas biologicamente da capacidade de gestação, foram responsabilizadas socialmente pelo papel de cuidar desse novo ser e, conseqüentemente do lar; os homens, por possuírem maior força muscular, tornaram-se responsáveis por “caçar” o alimento e proteger sua família. Essa função lhes possibilitou maior domínio do uso de armas e ferramentas e o conseqüente título de “guerreiros”, o que lhes concedeu maior valor e honra em comparação às mulheres. Desse modo, a supremacia masculina se estabeleceu como um fenômeno universal e “natural” (7).

O modelo hierárquico instituído às mulheres comportamentos gentis e passividade, enquanto delibera aos homens condutas agressivas e brutais, o que fundamenta muitos fenômenos sociais como a violência de gênero (8). A posição de vulnerabilidade atribuída à mulher faz com que seu corpo seja visto como propriedade, principalmente em relações conjugais, e passível de ser violado de forma física, sexual e psicológica.

A eclosão dos movimentos feministas nos anos 60, em busca da liberdade individual e social da mulher, põe em debate a naturalização da submissão feminina. Assim, essa questão deixa de ser tratada como fenômeno natural e passa a ser considerada como construção histórica e que, por tal condição, pode ser modificada. Esse processo abre espaço para uma dissociação entre os termos gênero e sexo, ao mesmo tempo em que o conceito de gênero passa a ser amplamente utilizado para explicar diferenças existentes nas relações de poder (9).

O modo como o sujeito cria sua identidade subjetiva e se comporta na sociedade deixa de ser compreendido a partir do determinismo sexual e passa a ser compreendido a partir das atribuições de gênero. Segundo Joan Scott, gênero é uma “criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e mulheres” (1995, p. 75). Esse padrão de comportamento, caracterizado pela dominação masculina, é imposto socialmente e é mantido através de diversas instituições como o casamento, mercado de trabalho, sistema educacional, sistema político e religião (10).

Saffioti (2005) discute a existência de uma “ordem patriarcal de gênero”, na qual o processo da construção social de gênero é sustentado por forte ideologia do patriarcado, estrutura que estabelece relações desiguais e hierárquicas entre homens e mulheres nos espaços públicos e privados, e que ainda se mantem nos dias atuais. Para a autora, além da disparidade de gênero, há também as de raça, classe social e orientação sexual. Dessa forma, a figura que representa o poder é o homem branco e heterossexual (8).

Crenshaw (2002) trata sobre a importância da intersecção raça, classe e gênero para analisar as opressões sociais vivenciadas pelas mulheres. Para a autora, a interseccionalidade é uma ferramenta valiosa para compreender de que modo o racismo, sexismo e a exploração de classe se articulam estruturando relações de dominação, que por muitas vezes se sobrepõe (11). Essas estruturas de poder se entrelaçam e fazem com que minorias sociais estejam mais vulneráveis a sofrerem violências. Assim, não se pode reduzir a violência apenas ao sistema de gênero, devendo ser levado em consideração também sistemas de raça, classe, sexualidade, situação de moradia, dentre outros condicionantes de iniquidades sociais.

3.2. Violência contra a mulher

O termo violência foi amplamente discutido e conceituado na literatura. Considerando a complexidade desse fenômeno, suas múltiplas faces, e suas repercussões negativas na economia e saúde pública, foi proposta uma definição universal, para que, a partir dessa, fossem elaboradas ações de prevenção e combate contra essa prática (12). No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua violência como:

“O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.”

Essa definição expande a visão de violência para além da biodimensão física, incluindo o componente psicológico, que apesar de invisibilizado socialmente, muitas vezes causa mais traumas à vítima do que as lesões corporais. A OMS (2002) também classifica os tipos de violência de acordo a sua origem, em: autoinfligida, interpessoal e coletiva. A violência autoinfligida engloba as ideações suicidas e agressões autodirigidas; a violência interpessoal

compreende as ocorrentes em relações familiares, conjugais ou comunitárias; por fim, a violência coletiva se aplica às que ocorrem no setor social, político e econômico (12).

Dentro da categoria de violências interpessoais se destaca a violência contra a mulher, perpetuada principalmente por parceiros íntimos. Apesar dos homens dominarem os índices de acidentes e mortes por violência, estas geralmente são provocadas por outros homens, em sua maioria estranhos. Tal situação não se aplica às mulheres que, na maioria das vezes, sofrem abusos por homens com quem tem laços afetivos. Uma revisão sistemática apresentou que 40% dos assassinatos de mulheres no mundo foram realizados por seus próprios companheiros (3). Outro estudo realizado a partir de dados catalogados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre o período 2011 e 2016, demonstrou que 41,3% das violências registradas em adolescentes brasileiras de 15 a 19 anos foram perpetradas por parceiros de relacionamentos afetivos (13).

A violência contra a mulher está intimamente associada à determinação social dos papéis masculinos e femininos, sendo por isso muitas vezes conceituada como violência de gênero. Apesar da crença de que as desigualdades de gênero vivenciadas atualmente são resquícios de um sistema patriarcal que já foi extinto, este ainda se encontra em vigência, porém sob diferentes apresentações. Mulheres vivenciam diariamente maus tratos, humilhações, assédios, agressões verbais, físicas, sexuais e psicológicas (8). Os efeitos negativos da violência infligida contra a mulher vão além das marcas em seu corpo. A humilhação, medo e sofrimento têm repercussões danosas em sua saúde mental, afetando principalmente a autoestima. Há também prejuízos em sua vida sexual, social e profissional (14).

Segundo levantamento de dados realizado pelo Atlas da Violência 2020 (IPEA/FBSP), 4.519 mulheres foram assassinadas no país no ano de 2018, ou seja, a cada duas horas uma mulher foi assassinada. Analisando por grupos de 100 mil mulheres, esse valor representa uma taxa de 4,3 feminicídios, número que equivale a um crescimento de 4,2% em relação aos dez anos anteriores.

Embora a condição de gênero, por si só, já represente um fator de risco para violência, quando há combinação dos fatores gênero e raça, esses números se tornam ainda mais alarmantes. No ano de 2018, enquanto a taxa de assassinatos de mulheres não negras foi de 2,8 por 100 mil mulheres, para as mulheres negras essa taxa foi de 5,2, aproximadamente o dobro desse valor.

Analisando o local de ocorrência dos assassinatos de mulheres, destaca-se o crescimento expressivo de casos que ocorrem dentro das residências, caracterizando a violência doméstica. Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019 (FBSP) reforçam a magnitude desse problema: no ano de 2018 foram registrados 263.067 casos de violência doméstica com lesão corporal dolosa (15). O alto número de queixas de agressões, abusos e até mesmo assassinatos que ocorrem dentro da residência, configura o local de habitação da mulher como um fator de risco para a violência (8).

3.2.1. Violência doméstica e intrafamiliar

A institucionalização da Lei Nº11.340/2006 (Lei Maria da Penha) introduz a tipificação da violência doméstica e familiar contra a mulher e em seu Artigo 5º a conceitua como: “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. A violência doméstica pode ocorrer no domicílio ou fora dele, desde que compreenda pessoas que frequentem o mesmo ambiente doméstico, de forma integral ou esporádica (16).

Uma pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) -2019 demonstrou que em 2018 o principal local de ocorrência de violência contra a mulher foi o domicílio, correspondendo a 42% dos registros. Destes casos de violência doméstica, 52% das mulheres relatam não ter tomado alguma atitude diante da agressão sofrida. Dentre as que procuraram ajuda, a maioria recorreu a amigos, família ou igreja em busca de apoio, enquanto uma pequena parte procurou por algum órgão oficial (18).

A dificuldade que muitas mulheres enfrentam para romper e denunciar uma relação abusiva se deve, principalmente, ao fato do agressor ser alguém próximo que ela ama e por quem é fortemente influenciada. Walker (1979) identificou aspectos derivados do abuso como baixa autoestima, ansiedade, depressão, medo e pânico que aprisionam a vítima e as fazem se sentir incapazes de se separar do seu algoz (17). É importante salientar que em um ciclo de abuso nem sempre o parceiro está sendo violento, muitas vezes há demonstrações de afeto e promessas de mudança; há também a influência por parte de amigos, família extensa e religião para preservar o relacionamento, o que dificulta ainda mais o rompimento desse tipo de relação (8).

Deste modo, há um alto índice de violência doméstica associado a uma pequena taxa de denúncias, o que demonstra que, apesar da implantação de leis e políticas públicas, ainda nos encontramos em um sistema no qual o silêncio por parte da vítima é mantido por diversas questões como vergonha, medo e receio da revitimização nos atendimentos dos serviços públicos. Outro fator importante é o desconhecimento, por uma significativa parcela da população, sobre os serviços de apoio que são disponibilizados às mulheres em situação de violência (18).

3.3. Políticas públicas

A primeira conferência sobre a desigualdade de gênero e consequente situação da mulher na sociedade ocorreu na Cidade do México no ano de 1975. Um dos resultados dessa conferência foi a promulgação do primeiro tratado internacional sobre os direitos humanos das mulheres: a Convenção Internacional Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação (CEDAW), pela ONU, em 1979. Esta conceitua em seu art. 1º a discriminação contra a mulher como qualquer exclusão fundamentada na condição de gênero que tenha como intenção ou resultado impedir o exercício dos seus direitos e liberdades (19).

No Brasil, o contexto de repressões e censuras, introduzido pela ditadura militar na década de 60, provocou grandes disparidades sociais e fortaleceu movimentos feministas no país na busca por direitos iguais. Destaca-se o anseio das mulheres por liberdade sexual, participação política, maior acesso à educação e mercado de trabalho e por implementação de políticas públicas efetivas de combate à violência contra a mulher (9). Como resultado, na década de 80 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e a primeira Delegacia de Defesa à mulher (4).

A Constituição Federal de 1988 representa uma significativa vitória das lutas feministas e declara igualdade perante a lei para todos, deliberando direitos e obrigações iguais aos gêneros, na vida civil, no trabalho e na família. Uma das contribuições mais importantes dessa constituição é no campo da violência de gênero, pois atribui ao Estado a obrigação de coibir a violência nas relações familiares, sendo base para legislações posteriores essenciais no enfrentamento da violência contra a mulher (20).

Em 2003, foi fundada a Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SPM), que propõe maior investimento público e visibilidade ao combate da violência de gênero. São priorizadas,

através dessa secretaria, estratégias de promoção a projetos educativos e culturais, maior acesso aos serviços de saúde, justiça e segurança e incentivo à criação de redes integradas de atendimento (4).

No cenário da legislação brasileira, a SPM tem papel fundamental no desenvolvimento de duas leis importantes de visibilização e punição à violência de gênero. A primeira é a Lei Maria da Penha / nº 11.340, promulgada em 2006, a qual estabelece Juizados de Violência Doméstica e Familiar para apuração e julgamento de casos de violência doméstica, e possibilita a prisão em flagrante e prisão preventiva, caso a mulher esteja em situação de risco. Posteriormente, em 2015, entra em vigor a Lei do Feminicídio, que classifica o assassinato da mulher por sua condição de gênero como feminicídio e o inclui na lista de crimes hediondos (4,16,21) .

A SPM foi responsável também por elaborar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, a qual amplia as estratégias públicas de combate a todas as formas da violência de gênero, mediante a integração de serviços dos setores de segurança pública, saúde pública e assistência social em uma rede articulada de atendimento, composta por organizações governamentais e não governamentais. São preconizadas diretrizes, condutas e normas para o funcionamento desses serviços, visando a continuidade e integralidade do acolhimento à mulher em situação de violência (5).

Os órgãos governamentais da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência possuem papel de destaque no acolhimento de mulheres e disponibilizam serviços de saúde que englobam: atenção básica e especializada, acolhimento psicossocial, como os Centros de Referências, serviços de escuta/denúncia, como a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) e assistência policial e judicial, como as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher e Defensorias da Mulher (5).

3.4. O papel da saúde no processo de enfrentamento à violência doméstica

Uma das conquistas dos direitos humanos foi o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública. Uma conferência internacional realizada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 1994, classificou a violência como uma das principais causas de lesões físicas, transtornos psicológicos e mortes, tendo assim grande influência no processo de adoecimento e bem-estar das populações, devendo ser também responsabilidade

do campo de saúde. Por conseguinte, as diversas formas de violência passaram a ser discutidas pela OMS (22). Nesse contexto ganhou visibilidade a violência praticada contra a mulher e a magnitude das suas repercussões no âmbito da saúde.

Outra conquista importante para as mulheres foi a criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), pelo Ministério da Saúde. Essa política estabelece como encargo do SUS possibilitar acesso a todos os níveis de atenção em saúde, desde a atenção básica até a atenção especializada e hospitalar para todas as mulheres, sem qualquer forma de discriminação. Dentre os principais objetivos da PNAISM estão: humanização e qualificação da atenção clínico-ginecológica e obstétrica, assistência em planejamento familiar, redução da morbimortalidade por causas evitáveis, promoção da atenção com enfoque nos recortes de classe, raça e gênero e acolhimento e suporte às mulheres em situação de violência (23).

Dentre as violências sofridas pelas mulheres, a violência perpetrada por parceiros íntimos se constitui como um fator de risco direto e indireto para o desenvolvimento de problemas na saúde da mulher. Mulheres vítimas de violência doméstica se apresentam frequentemente nos serviços de saúde com lesões na cabeça, rosto, pescoço, tórax e abdômen. Na presença de abuso sexual, são característicos a ocorrência de traumas ginecológicos e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV. O medo e estresse vivenciados por essas mulheres, propiciam o desenvolvimento a longo prazo de quadros de dor crônica, fibromialgia, distúrbios gastrointestinais, cardiovasculares, neurológicos e transtornos mentais (24).

Estudos demonstram que mulheres agredidas procuram em uma frequência maior serviços especializados de urgência e emergência do que mulheres não agredidas (24). A procura por serviços de emergência ocorre principalmente devido aos traumas físicos. Há também uma grande procura pelos serviços de atenção básica, no entanto esta acontece geralmente por queixas menos específicas. Nesses casos assistidos pelos atendimentos em saúde, destaca-se o papel do parceiro íntimo como principal agressor (25). As agressões domésticas tendem a ser repetitivas e, cada vez mais violentas, o que reforça a necessidade de detecção precoce do problema (26).

A realização da notificação compulsória em serviços de saúde é indicada como obrigatória pelo profissional que suspeitar ou confirmar uma possível situação de violência doméstica,

sexual ou de qualquer tipo. No Brasil, no período de 2011-2016 foram notificadas 151.826 ocorrências de violência contra a mulher perpetradas por parceiro íntimo. Dessas, 2.538 evoluíram com óbito, sendo homicídio a principal causa de morte (13). O registro desses números nos ajuda a entender a influência desse problema no perfil de morbimortalidade das mulheres no país.

Apesar da procura expressiva pelos serviços de saúde, o atendimento humanizado e qualificado à mulher em situação de violência ainda representa um desafio muito grande para o setor de saúde. É muito comum a abordagem técnica pelo profissional de medicina, focando apenas no tratamento das lesões físicas, sem considerar a dimensão social na qual essa mulher está inserida e suas subjetividades (27). Também são evidenciadas muitas dificuldades nas práticas dos profissionais de saúde quanto a identificação, abordagem e notificação dos casos de violência de gênero (28).

Schraiber et al (2003) aponta a carência de boa comunicação interpessoal entre profissionais de saúde e as usuárias dos serviços. Estudos apontam a dificuldade que as mulheres enfrentam para relatar as agressões domésticas, seja por culpa, vergonha ou receio de não serem compreendidas. Por outro lado, os profissionais muitas vezes não perguntam por se sentirem incapazes de intervir ou até mesmo por não considerar como um problema da área de saúde (29).

Para poder proporcionar um atendimento integral à mulher em situação de violência, é fundamental que os profissionais de saúde detenham, além do domínio das habilidades técnicas, consciência sobre as questões sociais de gênero, raça e classe que permeiam as relações de violência. É importante também conhecimento sobre os aspectos éticos e legais, e os serviços da rede de apoio à mulher. Nesse contexto, destaca-se a importância da abordagem dessa temática nas disciplinas de graduação em saúde e a realização de oficinas específicas de capacitação para esses profissionais (30).

A atenção básica em saúde entra como um agente importante na construção de estratégias de enfrentamento à violência doméstica. O acompanhamento de rotina, visitas domiciliares e os espaços de diálogos e reflexões possibilitam uma relação de maior proximidade entre os profissionais e as usuárias em comparação aos outros serviços (26). Esse vínculo é de extrema importância para poder realizar intervenções a fim de prevenir ou interromper o ciclo de violência.

3.4.1. Atuação dos profissionais da Rede de Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada para todos os serviços que compõe a rede de atenção do SUS. É responsável por realizar inúmeras ações em saúde, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com o objetivo de promover uma atenção integral aos usuários da rede. Uma das medidas utilizadas para facilitar o acesso aos serviços básicos de saúde da APS foi a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF se organiza através de Unidades de Saúde da Família (USF), que se localizam nas comunidades e contam com assistência multidisciplinar, ofertando consultas com profissionais de medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição e visitas domiciliares por agentes comunitários em saúde (ACS). O núcleo de apoio a saúde da Família (NASF) funciona como um suporte aos serviços da USF, contando com profissionais de psicologia e assistência social que também integram a equipe da ESF.

No debate da violência doméstica contra a mulher, os serviços da atenção primária exercem um papel fundamental na identificação precoce desses casos: há uma relação mais estreita dos profissionais de saúde com as pessoas que residem na área de adscrição da unidade e com seus domicílios. Outro fator que contribui, é o acompanhamento de rotina e a longo prazo (31). Dessa forma, é mais provável que o profissional perceba indícios de violência e que a mulher se sinta mais confortável para relatar essas situações.

No entanto, estudos envolvendo profissionais de saúde da rede primária demonstram inúmeros desafios para a prática do acolhimento a mulher em situação de violência doméstica na APS. Os profissionais de medicina apontam o tempo curto de duração da consulta e a alta rotatividade em unidades como fatores limitantes no aprofundamento da escuta e na construção de vínculos. Outro aspecto percebido na atuação desses profissionais é a patologização da violência e a restrição do cuidado ao saber técnico (27,32).

No que diz respeito à abordagem, médicos, enfermeiros e ACS referem possuir receio de perguntar à mulher sobre episódios de violência, por medo de represália por parte do agressor. A vergonha, sentimento de impotência e incapacidade também estão presentes nesses discursos. Quanto à notificação compulsória, muitos não realizam por não ter conhecimento ou por falta de domínio da prática. A falta de contato com a temática durante a graduação e a ausência de protocolos específicos de atendimento são apontadas como obstáculos (6,32).

Os profissionais de saúde reconhecem como essencial o trabalho, juntamente com toda a equipe multiprofissional, para a abordagem dos casos de violência, porém há desconhecimento sobre como colocar em prática. Há uma falta de clareza sobre o papel de cada profissional, o que leva muitos a encaminharem os casos, na tentativa de que outro setor lide com a situação. Em relação aos encaminhamentos, se percebe a falta de conhecimento e diálogo com os serviços da rede intersetorial de apoio. (32).

Assim, nota-se que, na atenção primária, o atendimento à mulher que vivencia a violência é feito de forma fragmentada e carece de conhecimentos fundamentais para o manejo adequado. Dessa forma, compreender as percepções e práticas dos profissionais de saúde da APS frente a mulher em situação de violência doméstica, nos ajuda a compreender a dimensão da sua atuação e as principais demandas frente a essa temática.

4 METODOLOGIA

4.1. Desenho de estudo

O estudo foi realizado por meio de uma revisão sistemática.

4.2. Pergunta de investigação

Quais as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre o atendimento à mulher em situação de violência doméstica?

4.3. Estratégias de busca

A pesquisa foi realizada nas bases de dados Medline/PubMed, Lilacs e Scielo através da combinação dos descritores: violência contra a mulher, violência doméstica e atenção primária em saúde. Os descritores para esta revisão foram definidos por meio do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em que se obteve: “violence against women”, “domestic violence” e “primary health care” com uso igualitário em todas as bases de dados. Os descritores foram interpostos pelo operador booleano “and” para delimitação adequada.

4.4. Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos descritivos qualitativos realizados a partir do ano de 2000 até novembro de 2021 e indexados nas bases de dados citadas, que foram publicados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. A amostra do estudo foi composta por profissionais de saúde brasileiros que atuam na Atenção Primária, sem delimitação de profissão, tempo de formação e tempo de atuação. Em relação à metodologia da coleta de dados não ocorreu exclusão, sendo assim foram aceitos estudos que utilizaram entrevistas, questionários ou grupos focais.

4.5. Critérios de exclusão

Foram excluídos estudos de revisões de literatura, teses, dissertações, artigos que tratam de violência contra crianças e idosos, artigos que não contemplam a atenção primária em saúde no contexto brasileiro e aqueles virtualmente inacessíveis.

4.6. Identificação e seleção de estudos

Os trabalhos foram identificados através dos seus títulos e resumos e triados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Os trabalhos com resumo insuficiente para avaliação que não foram excluídos pelo título também foram triados para leitura na íntegra. Foi realizada leitura completa do conteúdo de cada estudo selecionado, para inclusão nesta revisão sistemática.

4.7. Produção de dados

Foram coletados os seguintes dados dos artigos selecionados: título, autor, ano de publicação, metodologia, tamanho da amostra e formação profissional dos participantes. Esses dados foram apresentados em uma tabela.

4.8. Análise da qualidade dos artigos

A qualidade dos estudos selecionados foi avaliada com base nos critérios propostos pelo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). A lista de verificação do STROBE é composta por 22 itens relacionados a informações que devem estar descritas no título, resumo, introdução, objetivos, metodologia, resultados e discussão de estudos observacionais.

4.9. Plano de análise de dados

Devido ao caráter qualitativo, os dados deste estudo foram explorados por meio da análise temática, a qual integra a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, aonde dados subjetivos são avaliados por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos.

Os resultados foram construídos a partir das etapas propostas para a realização da revisão sistemática, aonde: a) inicialmente foram realizadas leituras, releituras e fichamentos dos artigos selecionados; b) categorização dos dados e apresentação destes, resumidos, em tabelas; c) identificação de semelhanças, diferenças e complementaridade entre os estudos e, d) apresentação de uma nova interpretação dos resultados que respondia ao objetivo da pesquisa.

5 Aspectos éticos

Por se tratar de uma revisão sistemática não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizando-se a busca a partir da combinação dos descritores correspondentes à “violence against women”, “domestic violence” e “primary health care” nas bases de dados: PubMed, Scielo e Lilacs, identificou-se um total de 259 artigos. O procedimento de seleção dos estudos está detalhado na figura 1.

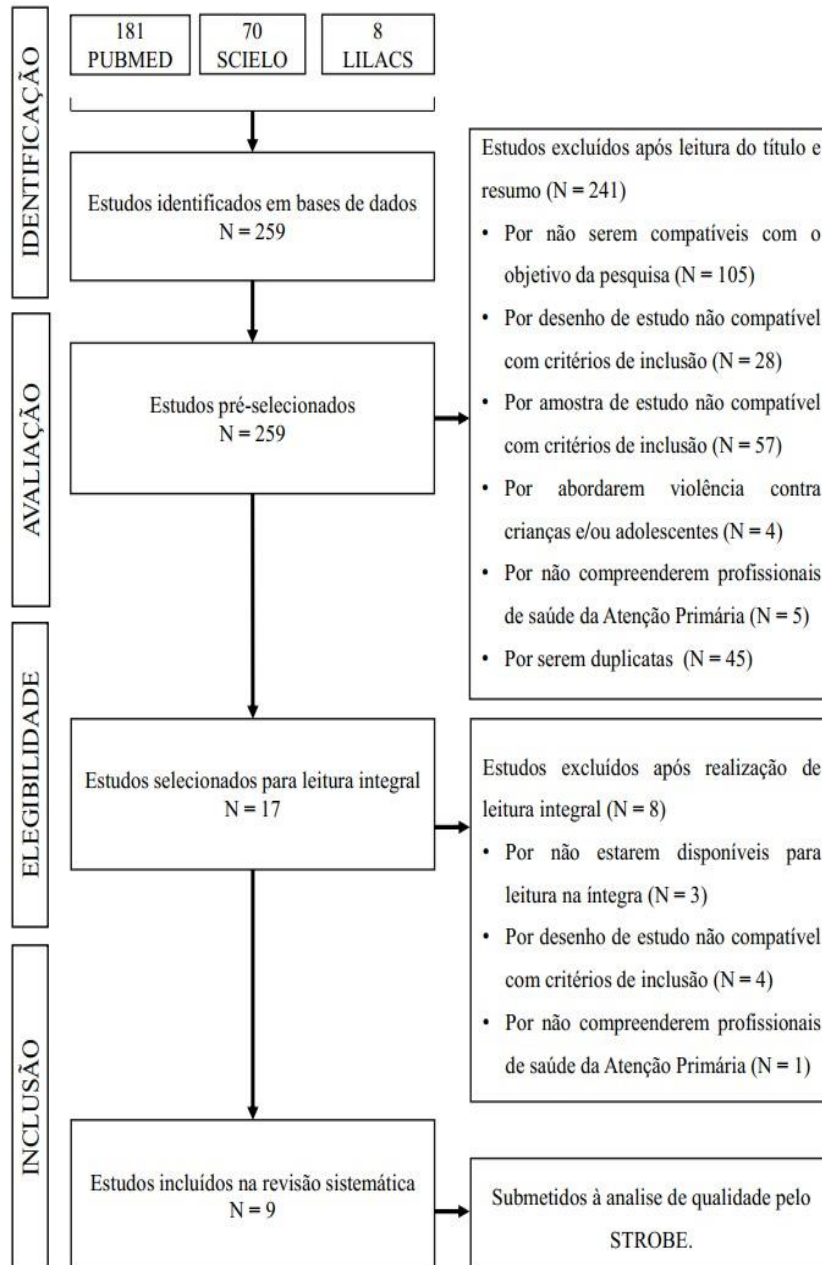


Figura 1: Fluxograma do procedimento da seleção dos estudos

Características gerais dos estudos

Expõe-se que por meio dos 9 estudos selecionados, obteve-se uma amostra de características variadas. Ela é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, dentistas, auxiliares de saúde bucal, farmacêuticos, psicólogos, agentes comunitários de saúde e assistentes sociais. Foram incluídos profissionais de saúde do sexo feminino e masculino, assim como de diversas faixas etárias e tempo de formação, atuantes em unidades de Atenção Primária localizadas em municípios brasileiros, com predominância nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. As características gerais e metodologias dos estudos estão resumidas na tabela 1.

Quanto à qualidade dos artigos selecionados, nenhum dos estudos cumpriu todos os itens propostos pelo STROBE. Os artigos que obtiveram melhor desempenho foram os trabalhos de Leite & Fontanella (2019) e Vinsentin *et al.* (2015) os quais pontuaram 16 dos 22 itens propostos. Os escores de qualidade dos artigos estão indicados na tabela 1.

Para melhor explanação, os resultados foram agrupados e divididos em seis tópicos: a) concepções dos profissionais da APS sobre a VCM e a sua relação com o contexto de saúde, b) identificação e abordagem dos casos de VDCM, c) capacitação profissional para o atendimento dos casos de VDCM, d) realização de notificação compulsória, e) encaminhamentos aos serviços de assistência à mulher em situação de violência e f) estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de saúde frente à VDCM. Tal agrupamento foi realizado a partir dos temas mais frequentemente abordados nos estudos selecionados para essa revisão sistemática.

Tabela 1. Características gerais dos estudos selecionados

Título	Autor (ano)	Metodologia	Formação Profissional	Escore STROBE
Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal	Carneiro <i>et al.</i> , (2021)	Estudo qualitativo ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde atuantes em 22 ESF de um município do nordeste brasileiro.	Enfermeiras (17) Médicas (5) Dentistas (4) Psicólogas (3) Assistentes sociais (2)	14
Dispositivos de poder utilizados por enfermeiros no enfrentamento a violência doméstica contra a mulher	Amarijo <i>et al.</i> , (2021)	Estudo qualitativo, descritivo e analítico, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros atuantes em 13 UBS no município de Rio Grande.	Enfermeiras/(os)	12
Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care	Signorelli <i>et al.</i> , (2018)	Estudo qualitativo com metodologia etnográfica. Foi realizada uma triangulação de dados com base em análise documental, observação participante e realização de entrevistas com profissionais de saúde de uma UBS do Sul brasileiro.	Agentes comunitários de saúde (8) Enfermeiras (3) Fisioterapeutas (2)	11
Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária	Amarijo <i>et al.</i> , (2018)	Estudo qualitativo, social, exploratório, descritivo, realizado a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais de enfermagem atuantes em 19 USF no município de Rio Grande.	Enfermeiras (13) Técnicas de enfermagem (12)	14
Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família	Gomes <i>et al.</i> , (2014)	Estudo qualitativo ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde atuantes em 16 ESF num município de Santa Catarina.	Técnicas/(os) de enfermagem (17) Enfermeiras/(os) (13) Médicas/(os) (12) Psicólogas/(os) (2) Psiquiatras (2) Assistente social (1)	13
A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica	Almeida <i>et al.</i> , (2011)	Estudo descritivo, qualitativo, realizado por meio de entrevistas com profissionais atuantes em uma ESF no município de João Pessoa.	Agentes comunitários de saúde (7) Médico (1) Dentista (1) Auxiliar de consultório dentário (1) Enfermeira (1) Técnica de enfermagem (1)	11,5
Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação	Leite & Fontanella (2019)	Estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde atuantes na APS do município de São Paulo.	Médicas/(os) (3) Enfermeiras (3) Técnicas de enfermagem (3) Dentistas (2) Farmacêuticas (2) Auxiliar de enfermagem (1)	16
Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde	Santos <i>et al.</i> , (2018)	Estudo qualitativo ancorado na Teoria das Representações Sociais. Foram realizados 8 grupos focais com profissionais de saúde atuantes em 8 UBS no município de Minas Gerais.	Médicos (3) Enfermeiros (10) Técnicos de enfermagem (12) Auxiliar de enfermagem (7) Psicólogo (1) Dentista (2) Auxiliares de saúde bucal (5) Agentes comunitários de saúde (13)	15
Women's primary care nursing in situations of gender violence	Visentin <i>et al.</i> , (2015)	Estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas com enfermeiras atuantes em UBSs de um município do Rio Grande.	Enfermeiras	16

6.1. Concepções dos profissionais da Atenção Primária sobre a Violência contra a mulher e a sua relação com o contexto de saúde

Assim como exposto, o primeiro tópico deste trabalho irá tratar sobre os significados atribuídos pelos profissionais de saúde da APS à violência de gênero e a sua associação com o contexto da saúde.

Nesse cenário, os significados e sentidos associados à VCM foram amplos, englobando desde a agressão puramente física até as agressões psíquicas, morais e sociais. Assim, afastando-se da visão exclusivamente biomédica da VCM, muitos profissionais direcionaram aos aspectos psicológicos desse tipo de violência, identificando-a também como atitudes de desrespeito, ameaças, chantagens, controle do comportamento, limitação do ir e vir, exploração e humilhações por parte do parceiro íntimo (33–35).

A permanência em situações de VDCM foi relacionada principalmente a contextos de vulnerabilidade da mulher, como dependência financeira e/ou emocional, doenças mentais, abuso de álcool e drogas e presença de filhos no relacionamento(36,37). É importante destacar que uma parcela dos profissionais entrevistados, mesmo sendo uma minoria, responsabilizou exclusivamente a mulher pela violência vivida e reproduziram estigmas machistas através de ditados populares que banalizam a VDCM, tratando-a como um problema exclusivo do casal, não passível de intervenção alheia (33).

Em dois estudos realizados com os profissionais de saúde através de entrevista semiestruturada, quando questionados sobre violência de gênero, alguns entrevistados sentiam dificuldade em relacionar a violência contra a mulher como uma questão de gênero, apontando muitas vezes fatores econômicos e sociais como agentes causais, da VCM. Foram apontadas também como fatores motivante as diferenças biológicas entre os sexos, que atribui maior força física aos homens e uma “natureza” mais violenta (34,38).

Nessa revisão foi entendido que a maioria dos profissionais da APS compreendia as repercussões da VCM no bem-estar da mulher, físico e mental, assim como um risco eminente para o feminicídio. Assim sendo, reconheceram-na como uma importante questão psicossocial e um problema que necessita de intervenção da saúde pública (34,39,40). Em contrapartida, uma pequena parcela dos entrevistados não considerava a VCM como uma questão de ação do campo da saúde, e sim exclusivamente dos serviços de assistência social, policial e/ou jurídica (33,38).

6.2. Violência doméstica na Atenção Primária: detecção e abordagem dos casos

O programa de Saúde da Família utilizado na Atenção Primária é caracterizado pela dinâmica de acompanhamento contínuo do indivíduo, assim como do seu grupo familiar. Nesse contexto, pode-se afirmar que os estudos dessa revisão tiveram como assunto frequentemente abordado a relação da existência de um vínculo entre profissional de saúde e usuárias do serviço com uma maior identificação de casos de VDCM. O vínculo que se constrói nessa forma de cuidado horizontal é apontado pelos profissionais como o principal facilitador no desvelamento de situações de difícil verbalização, como vivências de violências, principalmente a doméstica (37,39–41).

A Política Nacional de Combate à violência contra a mulher tem como um dos seus principais objetivos melhorar a detecção dos casos de VCM no âmbito da APS, para que então possa se trabalhar e planejar uma intervenção. A vista disto, nessa revisão os agentes comunitários de saúde foram considerados elementos-chave na detecção de casos de VDCM. Isso se deve ao fato de que, por habitarem a mesma comunidade das famílias que estão sob sua responsabilidade e realizarem visitas domiciliares, possuem um maior conhecimento do contexto familiar, social e de saúde de cada indivíduo, e muitas vezes são procuradas (os) diretamente por moradores da comunidade, que relatam situações de violência que ocorrem na própria residência ou até mesmo em alguma residência vizinha (37,41).

Em um estudo etnográfico realizado em um município do Sul brasileiro (37), os ACS's participantes relataram identificar, em suas visitas domiciliares, principalmente condições crônicas de violência. A mulher exposta constantemente a contextos violentos pode somatizar essas vivências, tendo repercussão principalmente na sua saúde mental, assim, é muito frequente nessas situações a presença de quadros de ansiedade, depressão e ideação suicida, que passa despercebido pelos profissionais de saúde que não conhecem o contexto familiar, o que reforça a importância dos ACSs (34,37).

No cenário da USF, dentre os profissionais de saúde que compõe a equipe mínima, os enfermeiros foram destacados como agentes fundamentais na detecção e abordagem dos casos, visto que são os profissionais responsáveis pelo acolhimento inicial (34,39). Em um estudo realizado com enfermeiras (os) atuantes em 19 USFs do Rio Grande do Sul ficou evidente que o principal recurso utilizado por esses profissionais para a detecção de situações de violência é o diálogo, através de um modelo de atendimento humanizado (34).

A presença de hematomas em pacientes que procuram a unidade assustadas e com medo é sinalizado pelas (os) profissionais de enfermagem como um sinal de alarme para a VDCM, mesmo que essa não seja relevada diretamente pela usuária. Vale salientar que nem sempre há a presença de sinais físicos, e a alteração do estado emocional da paciente já funciona como um alerta (34,40). Assim, se torna de extrema importância fazer com que esta se sinta a vontade e em um ambiente seguro, para expor a verdadeira causa da procura. Uma grande parcela desses profissionais aproveita esse momento de acolhimento para além de promover uma escuta qualificada, orientar a mulher sobre os seus direitos e recursos que estão a sua disposição (34,39).

A atuação dos profissionais de medicina é um ponto muito discutido nos estudos. É bastante comum que os demais membros da equipe de saúde mínima considerem como negligente o trabalho desses profissionais por conta da aparente "superficialidade" das consultas médicas, considerando o pouco aprofundamento do médico nas demandas/queixas do paciente e o grande número de encaminhamentos de casos para outros profissionais e setores (33,37,41).

Por outro lado, na perspectiva dos médicos, o curto tempo de duração das consultas é uma consequência do grande número de pacientes por dia. Dessa forma há uma redução no tempo dedicado a cada consulta, o que também é um fator que dificulta o estreitamento de vínculo com as usuárias do serviço. Sendo assim, relatam que, desde que a paciente não traga a situação de violência como queixa, eles não irão cotidianamente investigar essa questão, pois afirmam que não possuem tempo suficiente para adentrar assuntos íntimos (41). Quando no atendimento de uma mulher com queixa específica de VDCM, alguns médicos demonstraram se sentir preparados apenas para lidar com as lesões físicas, através de procedimentos restritos aos sintomas biologizantes.

A equipe do NASF funciona como um suporte para propiciar assistência às ações da ESF. Dentre os profissionais atuantes nessa equipe, no contexto da abordagem de casos de VCM, nessa revisão há uma grande relevância atribuída a presença dos profissionais de psicologia e assistência social. Isso se deve ao fato de que, para os profissionais da ESF, situações de violência se associam mais a problemas sociais e da área da saúde mental e por isso encaminham frequentemente ao NASF (34,38,41).

Frente a contextos de VDCM na APS, os profissionais de psicologia relataram atuar principalmente no resgate da autoestima da mulher, que na maioria das vezes se encontra

fragilizada, assim como na construção de alternativas para que esta possa conseguir se libertar do ciclo de violência no qual está inserida (35).

Os profissionais de fisioterapia, odontologia e farmácia representam uma pequena parcela da amostra dessa revisão, e quando da identificação de situações de VDCM, recorrem principalmente a profissionais de enfermagem ou da equipe do NASF para prosseguir com o acolhimento.

6.3. Realização da notificação compulsória na APS

Após identificação de uma possível situação de violência contra a mulher, é preconizada como uma obrigação do profissional de saúde seguir com a realização da notificação compulsória. Essa deve ser feita, de forma sigilosa, pelos profissionais de qualquer área da saúde, ou seja, é um trabalho multiprofissional. É preconizado que profissionais da APS já sejam previamente instruídos pela instituição a respeito do preenchimento da ficha e do processo de notificação.

Apesar desta premissa estabelecida pelas políticas federais, não é isso que se observa nessa revisão. Num estudo qualitativo realizado com profissionais da APS no município de São Paulo, a maioria dos profissionais desconhecia o formulário de notificação, assim como quais recursos seriam necessários para prosseguir com a realização deste procedimento (42).

Em um estudo realizado com 31 profissionais de saúde da rede primária de um município do Nordeste brasileiro, os entrevistados que compunham a equipe mínima da USF referiram haver uma carência de treinamentos institucionais, assim como de documentos que orientassem as medidas que devem ser tomadas em situações de atendimento de mulheres em situação de violência conjugal. Assim, o formulário de notificação não pareceu fazer parte do cotidiano dos profissionais da APS (41).

Muitos dos profissionais que conheciam o formulário de notificação, não se sentiam capacitados para preenchê-lo e atribuíam esta função principalmente aos profissionais da assistência social. Outros referiram não o fazer por considerar uma tarefa facultativa e de difícil realização pela burocracia em preencher relatórios extensos, ou, supunham que havia serviços de saúde específicos para tal, como os serviços de emergência (39,41,42).

Outra ação frequentemente apontada nos estudos foi a transferência da responsabilidade da notificação para outros setores. Alguns dos participantes possuíam medo das consequências jurídicas que tal processo poderia trazer, e por medo e receio achavam melhor encaminhar à

polícia. A notificação foi também frequentemente confundida com a notificação policial de ocorrência (B.O), sendo assim uma grande parcela a considerou como uma responsabilidade dos setores jurídico e policial (40).

No geral, os estudos dessa revisão apontaram uma intensa subnotificação da VDCM nos serviços da APS. Apenas uma pequena parcela dos entrevistados dos estudos afirmou que além de ter conhecimento sobre o processo de notificação, a realizavam quando identificavam casos suspeitos ou confirmados de VDCM (42).

6.4. Realização de encaminhamentos a serviços da rede de apoio a mulher em situação de violência

Para além de notificar, na intenção de proporcionar um cuidado integrado integral a mulher, muitos profissionais reconheceram a importância do encaminhamento a redes de apoio, que ofereçam suporte psicológico, social e jurídico.

Nesse cenário entra em ação a importância do conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre os serviços disponíveis na Rede de Apoio a mulher em situação de violência. No entanto, nos estudos dessa revisão, observa-se uma lacuna entre as políticas federais e a realidade vivenciada na APS. Uma pesquisa realizada com 17 profissionais atuantes na APS de um município do Rio Grande do Sul demonstrou que uma grande parcela dos participantes não conheciam muitos serviços de apoio disponíveis no município. Alguns possuíam conhecimento apenas do setor policial para realizar encaminhamentos quando na presença de agressões físicas, ou encaminhavam a serviços hospitalares de referência a violência sexual, quando na presença deste tipo de violência. Outros tipos de violência, para os profissionais, não pareciam necessitar de encaminhamentos (40)

Um estudo etnográfico realizado em três ESFs de um município no interior do sul brasileiro reforça a deficiência existente na realização de encaminhamentos na APS. As unidades que foram campos do estudo não possuíam implementação/conduas para realização de notificação compulsória em casos de VCM, assim como também os profissionais das unidades não conheciam serviços de referência para encaminharem mulheres em situação de violência. Cabe salientar que nesse município, assim como vemos em muitos municípios brasileiros de pequeno porte, não há uma DEAM, assim como também não existiam centros de referência (37)

Um ponto bastante citado nos estudos dessa revisão foi a fragilidade no fluxo de encaminhamento entre os setores da rede de Apoio. Dentre os profissionais que conheciam os serviços de referência disponíveis na rede de atenção a mulher, muitos não acreditavam em sua eficácia, principalmente pela dificuldade que relataram enfrentar ao tentar realizar um encaminhamento. Foi sinalizado que não há uma comunicação efetiva entre os serviços de saúde da atenção básica com a assistência social, judicial e policial (37,40,41).

Outra situação também frequente nesta revisão foi a utilização por parte dos profissionais de saúde, de relações interpessoais com funcionários dos outros setores, para realizar e/ou agilizar um encaminhamento (41)

Foi perceptível ainda como um agente dificultante o medo por parte do profissional de saúde de sofrer alguma represália do agressor pela denúncia. Assim, alguns dos entrevistados afirmaram possuir receio de encaminhar a assistência policial e jurídica (37).

Outra situação adversa apontada nos estudos é a negativa por parte das mulheres de aceitarem o encaminhamento aos serviços policiais e jurídicos e seguirem com a denúncia. Frente a essas situações os profissionais afirmam prosseguir tentando proporcionar algum tipo de apoio como a inserção em grupos educativos da USF (39,41).

6.5. Reconhecendo a necessidade de capacitação profissional

Frente à dificuldade para abordar e lidar com essa temática, como exposto nos tópicos anteriores, a necessidade de capacitação profissional para o manejo de situações de VDCM é sinalizada nos trabalhos como um fator dificultante no cuidado humanizado a mulher em situação de violência conjugal.

É notável que há uma carência da incorporação da temática na formação profissional desde a abordagem do tema na graduação e pós-graduação até a ausência de capacitações nos espaços institucionais (40). Em alguns trabalhos são apontados treinamentos e capacitações provindos do Ministério da Saúde e das secretarias municipais, porém, muitas das vezes estes são direcionados para os profissionais do NASF, não alcançando os profissionais da equipe mínima (41).

Muitos profissionais admitiram usar conhecimentos adquiridos de vivências próprias para realizar o acolhimento e direcionamento dessas pacientes. Ainda há os que relataram buscar de forma autônoma cursos disponibilizados de forma online, a fim de aprimorar seus conhecimentos sobre a VCM para poder manejar esses casos de forma adequada (37,41).

É perceptível nos estudos a sensação de impotência, experimentada pelos profissionais de saúde, frente ao despreparo em ajudar uma mulher em situação de violência, atrelado a muitos outros sentimentos negativos. Dentre os citados por eles, estão: culpa, angústia, frustração, sensação de fracasso e incapacidade, e quebra de expectativas em relação a percepção de poder que existia na graduação e a realidade vivenciada na prática (34,38,40). Há uma grande dificuldade em lidar com o sofrimento alheio, principalmente pela falta de referência e ausência de suporte do sistema (37).

6.6. Estratégias de combate à VDCM no âmbito da APS

Por fim, é importante destacar as estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher, adotadas pelos profissionais de saúde, de forma pessoal e coletiva, no âmbito da APS.

Dentre as principais estratégias coletivas citadas nas pesquisas, se destaca a atividade de grupos de artesanato, culinária, tricô, que são realizados no âmbito da unidade básica de saúde. Os participantes consideram esses grupos como um recurso para prover um caminho para que a mulher possa ter sua autonomia, visto que, em muitos casos, a dependência financeira é um fator atenuante para que se permaneça em uma relação de violência (39,40). Além disso, a participação em grupos é também apontada como uma forma de entretenimento, dado que muitas dessas mulheres se isolam do convívio social.

O desconhecimento acerca dos seus direitos e da existência de uma rede de apoio é um fator contribuinte para que mulheres se mantenham em relações de violência. Nesse contexto, os entrevistados consideram a divulgação de informações uma importante aliada. Os grupos educativos promovidos pelas USF são também apontados como uma oportunidade para orientar sobre relações abusivas e conscientizar sobre os tipos de violência contra a mulher (35,38).

Os estudos demonstram a utilização de medidas educativas visando promover o empoderamento feminino, através de palestras, divulgações de folders e cartazes que são frequentemente realizados nas salas de espera. Estas ações não se restringem apenas ao ambiente da UBS, pois os profissionais vão mais além à comunidade, procurando locais como escolas e associações de bairro para a promoção de palestras (39,41).

Por fim, muitos profissionais destacam a importância de incluir, em suas práticas profissionais, medidas pessoais de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher. Estas

medidas devem se fundamentar na empatia e na promoção do acolhimento e da consolidação do vínculo com as mulheres que buscam os serviços da APS.

7 CONCLUSÃO

Finaliza-se esse trabalho entendendo que a Atenção Primária em Saúde se configura como um local de grande potencial no cuidado de mulheres em situação de violência doméstica. Os profissionais da APS reconhecem as repercussões de tal vivência na saúde mental e física da mulher, assim como compreendem a necessidade de intervenção da saúde pública nessa problemática. No entanto são diversos os obstáculos que esses profissionais encontram para detectar, abordar, notificar e encaminhar os casos de VDCM, o que contribui para a subnotificação dessa questão e conseqüente silenciamento. Tais dificuldades são atribuídas principalmente à falta de conhecimento sobre protocolos e fluxos de atendimento, deficiência na estruturação dos serviços e a ausência de diálogo com os demais serviços da rede de apoio. Torna-se evidente, que há uma necessidade de efetividade na implementação das Políticas Públicas, já existentes, nos serviços de saúde. É necessário que os profissionais da APS consigam ter acesso aos manuais e capacitações preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como é essencial que ocorra uma articulação entre os serviços da rede intersetorial de apoio à mulher em situação de violência, para que essa assistência possa ocorrer de forma integrada.

REFERÊNCIAS

1. Teles MA de A, Melo M de. O que é violência contra a mulher. 1ª edição. Brasiliense; 2017. 132 p.
2. Cerqueira D, Bueno S, Lima RS de, Neme C, Ferreira H, Alves PP, et al. Atlas da Violência 2019 [Internet]. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, editor. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2019 [cited 2020 Sep 1]. p. 115. Available from: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>
3. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*. 2013 Sep;382(9895):859–65.
4. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. Secretária Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. Brasil; 2013. 114 p. : il.
5. Lessa LDM, Silva LM da. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. *Simpósio Gênero e Políticas Públicas*. 2021 Jan 18;5(1):341–54.
6. Palmarella Rodrigues V. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: REVISÃO INTEGRATIVA. *Saúde.com*. 2018 Mar 29;14(1).
7. Lerner G, Aronovich L. A Criação do Patriarcado: História da Opressão das Mulheres pelos Homens. 1ª edição. Cultrix; 2019. 400 p.
8. Saffioti H. Gênero, Patriarcado e Violência. 1ª edição. Coleção Brasil Urgente. (SP) São Paulo, Brasil: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
9. Barbosa ÉTR, Brandão RB de A, Telecio RF. AS MÚLTIPLAS FACES DO MOVIMENTO FEMINISTA NAS DÉCADAS DE 60 e 70 NO BRASIL. In: III Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais. João Pessoa; 2011. p. 1–8.
10. Scott J. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. In: *Educação e Realidade*. Porto Alegre;
11. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*. 2002 Jan;10(1):171–88.
12. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>

13. Pinto IV, Bernal RTI, Souza M de FM de, Malta DC. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021 Mar;26(3):975–85.
14. Wong J, Mellor D. Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemporary Nurse*. 2014 Feb 17;46(2):170–9.
15. Brasil. Ministério da Justiça. 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019 [Internet]. Vol. 13, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília; 2019. p. 218. Available from: https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf
16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Lei Maria da Penha. 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 Discrimi. *Diario Oficial da União* Aug 8, 2006.
17. Walker L. *The Battered Woman Syndrom*. 4ª Edição. Springer Publishing Company; 2016. 580 p.
18. Neme C, Santiago D, Villa E, Sobral I, Zapater M, Bueno S, et al. VISÍVEL E INVISÍVEL: Realização: A VITIMIZAÇÃO DE MULHERES NO BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2019. p. 49.
19. Vígano S de MM, Laffin MHLF. Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero. *História (São Paulo)*. 2019;38.
20. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
21. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 13.104, de 9 de Março de 2015. Prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos. *Diário Oficial da União*; 2015.
22. Azambuja MPR de, Nogueira C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saúde e Sociedade*. 2008 Sep;17(3):101–12.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Brasília, DF; 2004.
24. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002 Apr;359(9314):1331–6.
25. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009 Aug;14(4):1037–50.
26. Schraiber LB, D'Oliveira AFP, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2002 Aug;36(4):470–7.

27. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*. 2011 Mar;20(1):124–35.
28. Souza TMC, Rezende FF. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos TT - Violence against women: conceptions and practices of public service professionals TT - Violencia contra mujeres: concepciones y prácticas de los profesionales del. *Estud Interdiscip Psicol*. 2018;9(9):21–38.
29. Schraiber L, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2003 Feb;7(12):41–54.
30. Vicente L de M, Vieira EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009 Mar;33(1):63–71.
31. Holanda VR de, Holanda ER de, Souza MA de. O Enfrentamento Da Violência Na Estratégia Saúde Da Família: Uma Proposta De Intervenção. *Revista da rede de enfermagem do Nordeste*. 2013;14(1):209–17.
32. d'Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber LB, Graglia CGV, Aguiar JM de, Sousa PC de, et al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2020;24:1–17.
33. Santos WJ dos, Oliveira PP de, Viegas SM da F, Ramos TM, Policarpo AG, Silveira EAA da. Domestic Violence Against Women Perpetrated by Intimate Partner: Professionals' Social Representations in Primary Health Care / Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2018 Jul 1;10(3):770–7.
34. Amarijo CL, Barlem ELD, Acosta DF, Marques SC. Assimilating the theory and practice of domestic violence: Nursing professionals providing primary care for victims. *Revista Enfermagem*. 2018;26.
35. Pereira Gomes N, Erdmann AL, Stulp KP, Freire Diniz M, Mesquita Correia C, Regina De Andrade S. 63 2014 I volume 25 I número 1 I 63-69 *Psicologia USP* [Internet]. Vol. 25. 2014. Available from: www.scielo.br/pusp
36. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES E A ATUAÇÃO PROFSSIONAL.
37. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na atenção primária Brasileira. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2018 Jan 1;23(1):93–102.
38. Rodrigues De Almeida¹ L, Tereza A, Cavalcanti Da Silva² M, Cavalcanti Da Silva C, Abílio De Sousa J, Dayana Tavares De Lucena K. A violência de gênero na concepção dos profi ssonais de saúde da Atenção Básica The violence of gender from the standpoint of health professionals of Basic Attention.

39. Amarijo CL, Silva CD, Acosta DF, Cruz VD, Barlem JGT, Barlem ELD. Power devices used by nurses to fight domestic violence against women. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2021;30.
40. Visentin F, Vieira LB, Trevisan I, Lorenzini E, da Silva EF. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*. 2015;33(3):556–64.
41. Carneiro JB, Gomes NP, de Almeida LCG, Romano CMC, Silva AF da, Webler N, et al. Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal. *Escola Anna Nery*. 2021;25(5).
42. Leite A de C, Fontanella BJB. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2019 Nov 29;14(41):2059.