

## Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática\*

Obstacles and facilitators to primary health care offered to women experiencing domestic violence: a systematic review (abstract: p. 17)

Obstáculos y facilitadores para el cuidado de mujeres en situación de violencia doméstica en la atención primaria de la salud: una revisión sistemática (resumen: p. 17)

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira<sup>(a)</sup>

<afolive@usp.br> 

Stephanie Pereira<sup>(b)</sup>

<stephaniepereira@usp.br> 

Lília Blima Schraiber<sup>(c)</sup>

<liliabli@usp.br> 

Cecília Guida Vieira Graglia<sup>(d)</sup>

<cicagvg@gmail.com> 

Janaína Marques de Aguiar<sup>(e)</sup>

<jamaragui@gmail.com> 

continua pág. 11

\* Estudo financiado pelo Medical Research Council (MRC – UK).

<sup>(a, c, d, e)</sup> Departamento de Medicina Preventiva (DMP), Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP). Avenida Dr Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2170. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903.

<sup>(b)</sup> Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado). DMP, FM, USP. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>(f)</sup> Residente do Programa de Residência Médica, Iamspe. São Paulo, SP, Brasil.

continua pág. 11

Trata-se de uma revisão sistemática da produção bibliográfica sobre obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária à saúde (APS) no Brasil. O levantamento bibliográfico encontrou 1.048 referências. Analisamos 39 artigos, conforme critérios de inclusão e exclusão. A produção centrou-se em representações e crenças dos profissionais. Os principais obstáculos foram a constituição da violência doméstica contra a mulher (VDM) como questão do escopo da saúde, traduzida em dificuldades na identificação do problema e manejo no encontro assistencial, ausência de treinamento, trabalho em equipe, rede intersetorial, medo e falta de tempo. Os facilitadores focaram-se na introdução da perspectiva de gênero e direitos humanos, vínculo, acolhimento e trabalho em equipe e multisetorial. Apesar da potencialidade da APS para trabalhar com VDM, houve raros estudos que consideraram a perspectiva da gestão e financiamento, fundamental para a superação dos problemas apontados.

**Palavras-chave:** Violência contra mulher. Atenção primária à saúde. Profissionais de saúde.

## Introdução

Se a temática da violência contra mulheres é questão pesquisada na Saúde desde 1990<sup>1-6</sup>, a preocupação para com a assistência das mulheres em situação de violência passa a ser também expressiva nos estudos, nacional e internacionalmente<sup>7-12</sup>. No interior dessa vertente, há os estudos que valorizam a APS<sup>13-16</sup>. Há ao menos três razões para que a APS possa ser pensada como âmbito privilegiado na rota que as mulheres percorrem na busca de ajuda para a violência vivida<sup>17</sup>.

Uma primeira seria o fato de que a APS representa a porta de entrada do sistema de saúde e um dos primeiros serviços a serem buscados em caso de necessidade assistencial.

A segunda razão está no fato de ser também o serviço que atua longitudinalmente junto com a família e a comunidade territorial que lhe é adscrita, acumulando experiência para lidar com situações que ocorrem nesse âmbito familiar. Majoritariamente perpetradas por parceiros ou ex-parceiros íntimos, tais situações representam mais de 80% das violências contra mulheres<sup>9,18</sup> e, para esses casos, serviços de assistência a urgências e emergências, pronto-socorros e pronto atendimentos têm dificuldade para dar resposta integral, ainda que sejam fundamentais para o cuidado de pessoas que viveram violência sexual de ocorrência única ou para o suporte de traumas físicos.

Em terceiro lugar, deve-se considerar que a APS é uma modalidade de serviço que, na articulação de assistência curativa com aquela voltada à prevenção e promoção da saúde, oferece assistência de forma contínua às mulheres, independentemente de demandas por intervenções em patologias específicas, estimulando que o serviço seja buscado mesmo na ausência de queixas ligadas a adoecimentos já manifestos.

Por essas razões, neste estudo demos ênfase à resposta que a APS é capaz de oferecer à violência doméstica contra a mulher (VDM), considerada como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” no âmbito doméstico, da família ou de qualquer relação íntima de afeto<sup>19</sup>.

Em revisão de 2010 sobre o perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo, de 2003 a 2007, mostra-se que majoritariamente os estudos são desenvolvidos nos serviços de saúde, ainda que não necessariamente na APS<sup>20</sup>. Essa base empírica também é reiterada por outra revisão, a publicada em 2016<sup>21</sup> e referida às publicações da Revista de Saúde Pública entre 1967 e 2015. Essa revisão aponta ainda que 86% dos artigos que tratavam de violência contra a mulher tratavam de violência por parceiro íntimo.

Em termos de pesquisa, no interior da APS podem ser individualizadas a dimensão tanto gerencial quanto clínico-assistencial. Nesta última, tanto se pode investigar questões relativas aos profissionais quanto aquelas atinentes às usuárias e mesmo à relação entre ambos. Contudo, não há revisões que mostrem como os estudos se situam quanto a essas possibilidades, tampouco há revisões que destaquem a pesquisa sobre os obstáculos e facilitadores a este cuidado na APS.

Dessa forma, o presente estudo objetivou uma revisão sistemática da produção bibliográfica que abordasse os obstáculos e facilitadores para o cuidado a mulheres em situação de violência na APS no Brasil.

## Método

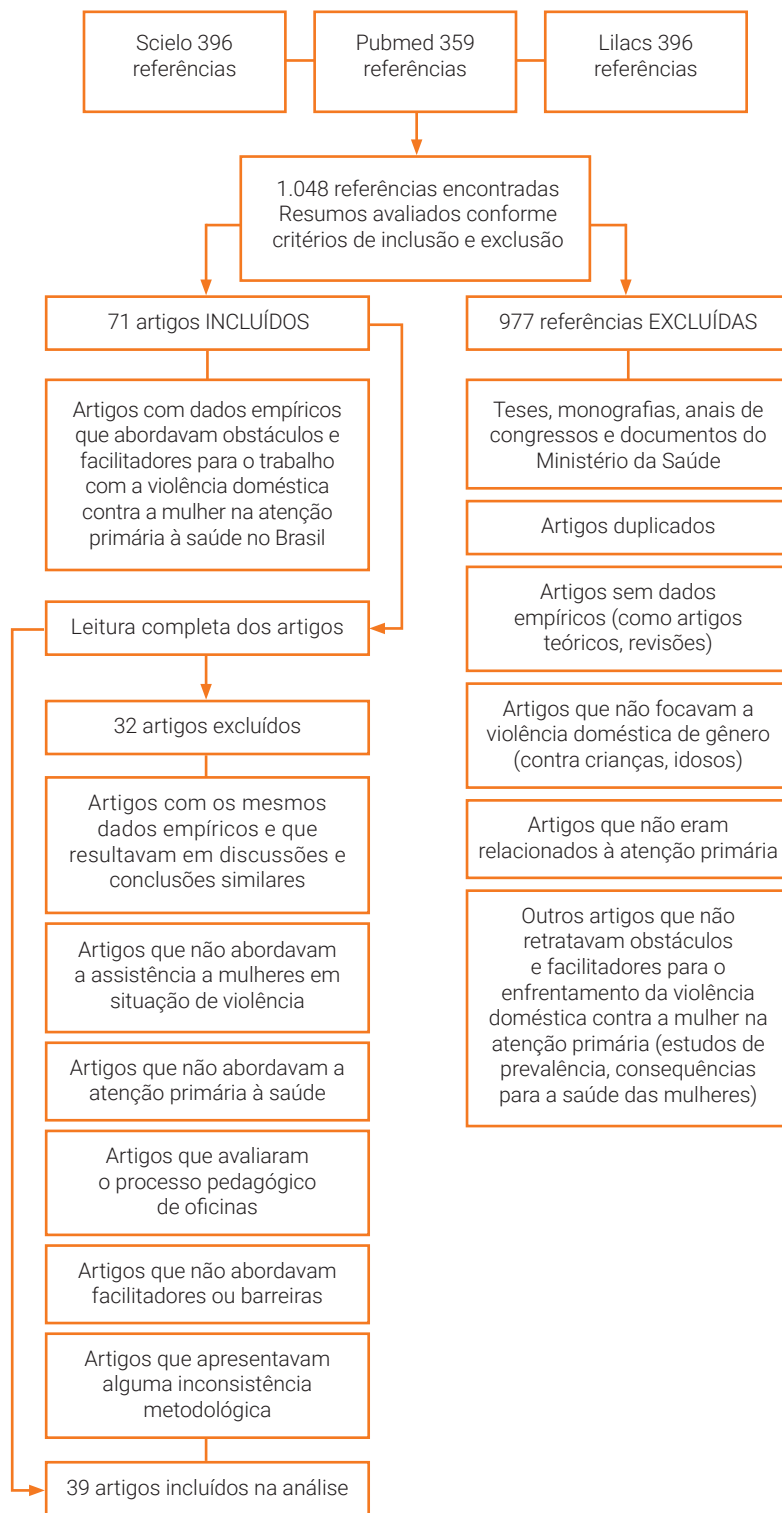
Esta revisão sistemática integrou a primeira fase da pesquisa multicêntrica HERA 1 (HEalthcare Responding to violence and Abuse). A pesquisa-piloto teve como objetivo desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção para aprimorar a resposta da APS à violência doméstica contra a mulher no Brasil e na Palestina.

O levantamento bibliográfico foi realizado em agosto de 2017 nas bases de dados Lilacs, Pubmed e Scielo, escolhidas por conterem um expressivo número de periódicos brasileiros bem indexados e serem referência na área da saúde.

A busca nas bases de dados foi realizada pelo cruzamento dos assuntos, títulos e resumos, conforme a figura 1. Optou-se por não realizar um filtro para a data da publicação, para recuperar todos os trabalhos publicados até a data da busca.

As 1.048 referências encontradas foram avaliadas conforme as etapas observadas na figura 1. A seleção dos artigos foi realizada em duas etapas. Na primeira, a partir dos resumos, selecionamos aqueles que correspondiam aos critérios de inclusão: artigos de revistas nacionais e internacionais, de livre acesso e com dados empíricos sobre o cuidado dos casos de VDM na APS no Brasil. Nessa etapa, foram excluídos 977 trabalhos: teses, monografias, anais de congresso, documentos do Ministério da Saúde, artigos sem livre acesso, artigos repetidos, artigos teóricos e de revisão, artigos de prevalência ou que retratavam exclusivamente consequências para a saúde das mulheres.

Na segunda etapa, os 71 artigos selecionados foram lidos na íntegra e 32 foram excluídos. A principal razão de exclusão (15 artigos) foi devido ao que se poderia chamar de “fatiamento do mesmo estudo para diversas publicações”: foram publicações de um mesmo grupo de autores, referentes a um mesmo estudo (desenho e base empírica geral, como amostra, localidade e captação, exatamente iguais para o conjunto de dados empíricos), divulgadas em subdivisões de grupos parciais de dados e que não traziam discussões ou conclusões substancialmente distintas entre eles. Nesses casos, escolhemos aquele que consideramos com maior consistência teórico-metodológica e que apresentava os dados e resultados de forma mais completa. Considera-se consistência teórico-metodológica a relação explícita e coerente entre a introdução do artigo, as escolhas metodológicas e a forma de análise dos dados empíricos produzidos<sup>22</sup>.



**Figura 1.** Fluxograma de identificação e seleção de artigos que abordam obstáculos e facilitadores para o cuidado de VDM na APS

Dos 39 artigos incluídos, extraímos dados sobre: sexo do primeiro autor; região do Brasil de produção dos dados empíricos; metodologia utilizada; sujeitos do estudo (profissionais de saúde, usuárias dos serviços ou gestores); referencial teórico (definição de gênero, de violência contra a mulher e outros referenciais teóricos); e obstáculos e facilitadores para o trabalho com mulheres em situação de violência.

Todas as etapas até aqui referidas foram realizadas de forma independente por duas pesquisadoras treinadas e as discordâncias foram cotejadas e discutidas por todas as autoras. Dessa discussão emergiram as seguintes categorias analíticas, nomeadas conforme os termos usados nos artigos e por isso notados em aspas duplas: “Pertencer ao escopo da saúde”, “A prática profissional no encontro assistencial” e “Gestão e organização dos serviços”.

## Resultados

Os autores principais dos 39 artigos analisados são em 37 dos casos mulheres. O Sudeste<sup>23-41</sup> foi a região da maior parte dos autores e dos campos de produção de dados das pesquisas, mas o Nordeste<sup>42-50</sup> e o Sul<sup>51-61</sup> também respondem por uma parcela significativa. Observamos diferentes cenários entre os serviços de APS, seja pela localização geográfica ou por modelos de assistência, sendo que pouco mais da metade dos artigos declarou estudar uma APS com Estratégia Saúde da Família<sup>24,26,28,29,31-33,35,42-45,47,48,50,53-56,58,60</sup>. Interessante notar que essa diversidade refletiu-se pouco nos obstáculos e facilitadores apresentados pelos estudos, sendo que encontramos mais obstáculos (157) do que facilitadores (68). O ponto com maior variação foi a falta de acesso das mulheres aos serviços<sup>49,52</sup>.

Em sua maioria, as pesquisas investigaram profissionais de saúde, sendo que 28 estudos focaram apenas em trabalhadores de saúde<sup>23-31,33,35,36,39-48,50,53,56,58,60,61</sup>; três, em profissionais e mulheres<sup>37,57,59</sup>; dois, apenas em mulheres<sup>38,49</sup>; e um focou em dados dos prontuários<sup>51</sup>. Gestores foram entrevistados em cinco estudos, compondo com profissionais de assistência direta<sup>32,34,52,54,55</sup>. Alguns estudos focaram especificamente em médicos<sup>27</sup>, agentes comunitários de saúde (ACS)<sup>35,56,58</sup> e enfermeiras<sup>36,61</sup>, porém, a maioria abordou a diversidade profissional presente nos serviços de APS.

Em relação à metodologia, 27 estudos utilizaram metodologia qualitativa. Apenas cinco estudos foram exclusivamente quantitativos<sup>23,26,34,40,47</sup> e sete usaram métodos mistos<sup>24,30-32,36-38</sup>. A maioria dos estudos utilizou entrevistas semiestruturadas<sup>25,27,29-32,35,36,38,39,41-43,46,48,50,56-59,61</sup>.

Em termos do referencial teórico, 31 dos artigos definiram violência e 11 definiram gênero. A legislação conhecida como Lei Maria da Penha<sup>19</sup> foi a mais utilizada para definir violência contra a mulher, seguida por pesquisadoras brasileiras e documentos da OMS, OPS e OEA. Em relação a gênero, Joan Scott<sup>62</sup> foi a autora mais citada, seguida por Heleieth Saffioti<sup>63-66</sup> e outras pesquisadoras brasileiras e estrangeiras.

**Tabela 1.** Obstáculos e facilitadores mais citados nos 39 artigos analisados

	Obstáculos		Facilitadores	
A violência contra a mulher é do escopo da saúde?		Não considera a violência um problema da saúde (15)		Promoção dos direitos como papel da saúde/não culpabilização da mulher e perspectiva de gênero (6)
		Tecnicismo do atendimento/medicalização (10)		Evitar a medicalização, visibilizando a violência (2)
Aspectos da prática profissional no encontro assistencial		Acha que é a mulher quem deve relatar (10)		Criar uma boa relação com a mulher (com vínculo, escuta e acolhimento) (17)
		Culpabilização da mulher/individualização do problema (7)		
		Não saberiam o que fazer (7)		Serviço sensível à violência; um espaço prioritário na unidade para a entrada de casos de violência (3)
		Perda de controle sobre o efeito de sua intervenção (6)		
		Não vê a ocorrência relatada como violência/naturalização (5)		
		Não acredita que deva se intrometer (4)		
	Não sabe como perguntar (3)		Busca ativa/perguntar sempre/reconhecer que é da competência profissional (6)	
	Ficam desconfortáveis com o tema/ os próprios profissionais sofrem/sofreram e não se sentem à vontade em perguntar (5)			
	Falta de protocolo específico (3)			
Aspectos relacionados à gestão e organização dos serviços	Treinamento/capacitação e supervisão	Falta treinamento e capacitação: na graduação e em serviço (22) Falta de supervisão (3)		Treinamento/capacitação (9)
	Trabalho em equipe	Não acha que violência é da competência de sua categoria profissional (6)		Trabalho em equipe (6)
		Rotatividade alta dos profissionais (2)		Visita domiciliar (2)
		Falta de integração na equipe/trabalho solo (3)		Ter agentes comunitários na equipe (3) Ter psicólogo/profissional de saúde mental na equipe (2)
	Rede intersetorial	Desconhecimento da rede (8)		Ter uma rede intersetorial de apoio (9)
Descrença na rede/Não controla efeitos do encaminhamento (5)			Conhecimento interpessoal entre os membros da rede (3) Ter reuniões de rede para discussão de casos (2)	
Medo e falta de tempo Falta de acesso	Têm medo do agressor e/ou de represálias (9)			
	Falta tempo/pressão para atender outras demandas (11)			
	Falta acesso/profissionais especializados (7)			
<b>TOTAL</b>	<b>Obstáculos</b>	<b>151</b>	<b>Facilitadores</b>	<b>70</b>

## A violência doméstica contra a mulher como uma questão do “escopo da saúde”

Um número considerável dos estudos<sup>23,25,32-34,37-40,42,43,45,48,51,54</sup> concluiu que um obstáculo muito importante para o trabalho com a violência contra a mulher na APS é o fato de que os profissionais dos serviços de saúde não consideram a violência como um problema de saúde. A medicalização, o tecnicismo, a redução do sofrimento à patologia, exames e medicações são demonstrados e denunciados nos estudos como um obstáculo importante para barrar a visibilidade e o trabalho com a violência contra a mulher<sup>32,33,38,43-46,50,53,60</sup>, levando a essa dificuldade de considerar a VDM como do escopo da saúde.

Entre os estudos quantitativos, observamos uma discrepância nos dados sobre a visibilidade do problema. Quando questionados sobre a identificação dos casos de VDM, os dados variaram entre 28%<sup>47</sup> e 80%<sup>34</sup> de profissionais e 83% de gestores<sup>34</sup> relatando que os casos são detectados na APS. Entretanto, Osis<sup>34</sup> também mostrou que a APS não tem sido reconhecida pelas mulheres como espaço capaz de acolher essa demanda, já que 65,5% das usuárias que integraram o estudo relataram acreditar que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) não fazem esse tipo de atendimento, e 18,5% afirmaram que desconheciam que a UBS poderia ajudar nos casos de violência.

Outros estudos apontam o fato de que alguns profissionais já consideram a VDM como tema pertinente à APS, o que constitui uma mudança de posturas anteriores. Tal reconhecimento parece estar relacionado à perspectiva de gênero e direitos humanos na prática, à integralidade da atenção e ao reconhecimento do papel de promoção e prevenção que caracteriza a APS.

### Aspectos da “prática profissional no encontro assistencial”

A dificuldade ainda persistente no reconhecimento da VDM como problema de saúde pública encontra aqui sua tradução nas crenças, conhecimentos e valores dos profissionais. Alguns estudos<sup>25,28,32,36</sup> mostram uma ação de cunho mais pessoal, como opiniões e conselhos nos casos em que a visibilidade se dá.

As políticas e leis relativas ao tema foram pouco investigadas, mas os dois estudos que as citam concluem que os profissionais pouco as conhecem<sup>40,47</sup>.

Quanto a indagar às mulheres sobre violência doméstica, os profissionais referem que não sabem como perguntar; acham mais adequado esperar que a mulher revele a situação se ela assim o desejar. Também referem que não conhecem protocolos de atendimento<sup>34,47,59</sup> e não sabem como abordar a questão<sup>32,37,43,46,52-54</sup>, ficando desconfortáveis. A violência vivida pelas trabalhadoras também foi lembrada como um possível obstáculo<sup>23,24,31,39,48</sup>, assim como foi lembrada a culpabilização das mulheres pelos profissionais<sup>23,27,29,32,41,42,52,57</sup>.

Por outro lado, a qualidade da relação entre profissionais e mulheres e o vínculo criado foram os facilitadores mais citados<sup>27,36-38,44,46,50,52,54,56-61</sup>, seguidos da busca ativa e do não julgamento moral das mulheres<sup>23,38,40,44,59</sup>. Três estudos recomendaram um espaço específico e protegido na unidade para os casos<sup>30,37,39</sup>.

## Aspectos relacionados à “gestão e a organização dos serviços”

A maioria dos estudos debruçou-se sobre crenças, opiniões, percepções e atitudes dos trabalhadores da saúde. Nenhum fez avaliação de intervenções implantadas. A notificação compulsória dos casos de violência foi estudada em alguns artigos<sup>31,40,43</sup>, demonstrando sua difícil implantação.

Ainda que escutando majoritariamente os profissionais e tematizando pouco as políticas existentes e os aspectos de gestão e implementação dessas políticas, questões relacionadas a aspectos gerenciais e de organização do trabalho foram bastante citadas como obstáculos e facilitadores: treinamento, equipe, rede intersetorial, proteção dos trabalhadores (medo), metas assistenciais e relação oferta-demanda (tempo).

## Treinamento/capacitação e supervisão

A formação na graduação e a capacitação em serviço, ou educação permanente, foram bastante mencionadas nos estudos. O treinamento foi apresentado como uma solução na maioria dos estudos<sup>23,25,27,28,30,31,33,34,39-43,46,48,51,53,54,57-59,61</sup>. No entanto, o tempo, a didática ou o conteúdo do treinamento foram raramente abordados. Apenas um estudo realizou uma avaliação antes e depois do treinamento, demonstrando sucesso relativo<sup>26</sup>.

Já a falta de supervisão dos trabalhadores, dimensão importante do trabalho, foi citada como obstáculo por apenas três estudos<sup>30,39,57</sup>, e a “educação continuada, como facilitador para outro<sup>48</sup>”.

## Medo e falta de tempo

O medo à represália dos agressores apareceu nas falas de médicos, enfermeiras e ACS<sup>24,31,33,39,40,46,47,57,59</sup> e esteve relacionado ao trabalho em comunidades nas quais o crime organizado está presente. Estudo etnográfico observou ameaças a profissionais durante o trabalho de campo, motivado por notificação de abuso sexual infantil<sup>59</sup>.

A falta de tempo, muito citada como obstáculo, esteve articulada à sobrecarga de trabalho derivada das metas assistenciais, prioridades da atenção, e à percepção de que a violência é um assunto cujo cuidado pode levar muito tempo para ser trabalhado<sup>24,26,27,31,40,42,46,48,54,61</sup>.

## Trabalho em equipe

O trabalho em equipe foi reconhecido como essencial para abordar a violência<sup>33,39,50,51,54,59</sup>, porém, como realizá-lo de forma integrada ainda foi uma lacuna<sup>24,32,41</sup>. A falta de clareza do papel de cada profissional encoraja muitos ao encaminhamento dos casos, não estando claro o que cada profissão poderia fazer<sup>30,32,34,37,40,42</sup>. Os horários e salários diferenciados, a rotatividade de pessoal e as formas de avaliação da produtividade, com metas específicas para categorias profissionais acabam por dificultar a integração das equipes<sup>43,54</sup>.



Ter ACS<sup>49,58,59</sup> ou psicólogos e profissionais de saúde mental<sup>42,55</sup> na equipe foi ressaltado como um facilitador e as visitas domiciliares foram lembradas como uma oportunidade para a detecção de casos<sup>33,60</sup>.

## Rede intersetorial

Ainda que os profissionais reiterem que violência contra a mulher é um problema de saúde pública, também reconhecem que ela é um problema com importante participação de outros setores assistenciais. Por isso, a rede intersetorial foi lembrada mais por sua falta do que por sua presença.

A insuficiência, o desconhecimento<sup>24,26,27,30,34,39,45,46</sup> ou desconfiança da rede intersetorial<sup>125-27,33,50</sup> foi presente no material estudado.

Ao mesmo tempo, quando a rede era conhecida, ela foi entendida como facilitadora<sup>24,33,36,39,45,48,50,54,61</sup>. Reuniões regulares<sup>33,54</sup> e conhecimento interpessoal entre os membros dos serviços<sup>39,48,51</sup> também foram valorizados.

## Discussão

Houve uma produção significativa de artigos, especialmente na última década, frente aos dados internacionais, que mostram revisão de 46 artigos em que 29 foram conduzidos no Brasil<sup>67</sup>. No entanto, encontramos, em conformidade com o já apontado nesta revisão, a prática de “fatiamento” dos resultados de pesquisa, com consequente ampliação de publicações, com qualidade muito heterogênea entre os artigos em termos metodológicos e analíticos. Tal questão vem sendo debatida internacionalmente como um produto das pressões acadêmicas por publicações<sup>68</sup>.

O presente estudo fornece um retrato claro e consistente sobre o que pensam os profissionais e detecta inclusive uma mudança: a progressiva aceitação da ideia de que a VDM é um problema de saúde pública.

Cabe destacar na atual revisão o desafio de identificar e abordar os casos tal que escape à aproximação medicalizada da violência, fenômeno social que tem sido reduzido às patologias do corpo, excluindo-se a dimensão sociocultural geradora do sofrimento e adoecimento. Nesse sentido, fica invisibilizada a necessidade de trabalho intersetorial e fragmenta-se a atenção em serviços especializados.

Não obstante, há ponderações relativas à importância de se ampliar o olhar da saúde na prática dos atendimentos<sup>69</sup>. Igualmente, alguns artigos analisados enfatizaram a importância de se considerar a teoria de gênero na explicação da violência, adaptando-a à produção dos cuidados e possibilitando, assim, a crítica aos estereótipos que trazem os profissionais em suas representações acerca das mulheres que vivem a violência doméstica, imersos na mesma cultura que produz os casos. O maior domínio dessa teoria também permitirá uma visão crítica alinhada à não culpabilização da mulher e à escuta interessada para uma prática mais voltada à defesa dos direitos sociais e à promoção da saúde.

A APS apareceu como um local propício para a visibilidade e primeiro acolhimento da VDM na saúde e seu consequente referenciamento. O princípio da integralidade, a

compreensão da saúde como direito, as visitas domiciliares e o conceito de acolhimento, além do Projeto Terapêutico Singular, foram elementos apontados como facilitadores.

De outro lado, há uma heterogeneidade na formação, tanto universitária quanto em serviço, como forma de sanar a dificuldade da visibilidade da VDM nos serviços ou seu precário enfrentamento. Ao reconhecer a falta de conhecimento e reflexão sobre o tema por parte dos profissionais, muitos artigos imediatamente propõem ações de cunho educativo, como se o que chamam insistentemente de “treinamentos ou capacitações”, frequentemente reduzidos à passagem de diversas informações científicas, resolvesse automaticamente o problema. O fato de os estudos centrarem-se em opiniões e crenças dos trabalhadores em saúde, os quais apresentam sempre demanda por mais “treinamento”, pode ter contribuído para este achado. Revisão internacional que avaliou a efetividade de ações educativas para profissionais de saúde sobre violência doméstica mostrou que treinamentos podem afetar a percepção do problema, mas pouco repercutem na mudança de atitudes no atendimento<sup>70</sup>.

Por outro lado, uma parte importante dos obstáculos (tempo, medo, trabalho em equipe e intersetorialidade) encontrados pelo conjunto dos estudos tem relação com a organização cotidiana do trabalho e não serão desfeitos apenas pelo empreendimento educacional.

Foram raras as entrevistas com gestores e não encontramos estudos de implementação das diversas políticas existentes no âmbito federal<sup>19,71-74</sup>, que foram pouco citadas. Ainda que não sejam específicas para a APS, essas políticas estabelecem prioridades e consideram a saúde como parte integrante da rede de serviços. A discussão de gestão dos serviços por organizações sociais, de financiamento, de metas de produtividade e avaliação do trabalho foram praticamente inexistentes, ainda que tais aspectos, em termos das políticas de saúde e da organização dos serviços na prática cotidiana, sejam essenciais para uma resposta efetiva à violência doméstica pelos sistemas de saúde<sup>75</sup>.

A intersetorialidade esteve presente nos estudos, mas pouco se pesquisou quanto à sua implementação, com baixo reconhecimento da rede e muita desconfiança. Ficou muitas vezes concebida como algo a ser conquistado por cada profissional, equipe ou serviço, e não problematizada como tarefa também de gestores centrais<sup>76</sup>. Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a potencialidade da APS parecem encontrar aqui um limite fundamental, mas sua superação foi pouco discutida.

Observou-se uma ausência generalizada de protocolos e fluxos para o trabalho. Efetivamente, há pouca evidência científica em relação a intervenções possíveis na APS, mas a literatura internacional parece concordar em relação ao papel da APS de identificar, acolher de forma não julgadora e encaminhar para a rede intersetorial<sup>77-79</sup>. Os princípios do SUS e da APS parecem ter oferecido uma direção muito próxima do que vem sendo estabelecido internacionalmente<sup>80,81</sup>.

A pequena presença de estudos sobre as opiniões e experiências das usuárias chama a atenção e deve guiar pesquisas futuras. Em revisão sobre a APS e violência contra a mulher, foram estudados 148 artigos e 64,9% deles referiam-se às “vítimas”<sup>82</sup>. No entanto, isso pode ter sido um fator limitante decorrente de nossas etapas da revisão sistemática. De toda a forma, os obstáculos e facilitadores parecem estar sendo mais procurados nas concepções dos trabalhadores do que nas experiências das mulheres,


que precisam ser melhor conhecidas. Também chama a atenção que, com a exceção de um artigo que cita mulheres quilombolas<sup>49</sup>, as mulheres usuárias do SUS não foram tematizadas em suas diferenças internas quanto a outros eixos de desigualdade – como raça, classe social, orientação sexual e geração – e sua intersecção com a desigualdade de gênero. Novos estudos que abordem de forma interseccional as diversas formas de opressão precisam ser conduzidos para um retrato mais detalhado.

## Considerações finais


A APS é um local com grande potencialidade para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica. Os profissionais já se deparam com casos e reconhecem que o problema é da saúde pública. No entanto, questões estruturais do trabalho em saúde, como a redução das necessidades de saúde às patologias, e questões estruturais da organização dos serviços, – como tempo; protocolos; e falta de segurança, de fluxos claros, de treinamento, de trabalho em equipe e de reconhecimento da rede intersetorial – são importantes obstáculos. Ao mesmo tempo em que depende de uma APS comprometida com a integralidade e o cuidado, a resposta efetiva aos casos de violência contra a mulher busca construir essa atenção integral. Em tempos de cortes das políticas sociais e censura à discussão de gênero, precisamos nos posicionar mais fortemente em relação às políticas já conquistadas, mas que só serão implementadas com um grande esforço que inclui, de forma primordial, o componente de gestão e organização de serviços; e a participação e controle social.

### Autores

Patrícia Carvalho de Sousa<sup>(f)</sup>

<patricia.carvalho.sousa@gmail.com> 

Renata Granusso Bonin<sup>(g)</sup>

<regranusso@gmail.com> 

### Filiação

<sup>(g)</sup> Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado). DMP, FM, USP. São Paulo, SP, Brasil.

### Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenberg ML, Fenley MA. *Violence in America: a public health approach*. New York: Oxford University Press; 1991. p. 123-57.
2. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saude Publica*. 1994; 10(1):135-45.
3. Heise LL, Pitanguy J, Germain A, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, DC: World Bank; 1994. (World Bank discussion papers).
4. Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario* [Internet]. Ginebra: OMS; 1998 [citado 20 Dez 2019]. Disponível em: [https://www.who.int/gender/violence/violencia\\_infopack1.pdf](https://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf)
5. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface (Botucatu)*. 1999; 3(5):13-26.
6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, organizadores. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
7. American Medical Association. *Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence*. *Arch Fam Med*. 1992; 1(1):39-47.
8. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Acad Med*. 1997; 72(1 Suppl):S19-25.
9. Heise L, Ellsberg M. Ending violence against women. *Popul Rep*. 1999; 27(4):1-43.
10. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med*. 1991; 151(2):342-7.
11. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2000; 16(1):129-37.
12. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin K, Costa S, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
13. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*. 1995; 123(10):737.
14. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *JAMA*. 1992; 267(23):3157-60.
15. Sugg NK, Thompson DC, Maiuro R, Rivare FP. Domestic violence and primary care: attitudes, practices, and beliefs. *Arch Fam Med*. 1999; 8(4):301-6.
16. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violence against women: a physician's concern? In: Ottesen B, organizador. *New insights in gynecology & obstetrics: research and practice: the proceedings of the XV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Copenhagen, August 1997*. New York: Parthenon Publishing; 1998.
17. Sagot M, Carcedo A. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de 10 países*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
18. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(3):359-67.



19. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Lei Maria da Penha). Diário Oficial da União. 8 Ago 2006.
20. Frank S, Coelho EBS, Boing AF. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27(5):376-81.
21. Schraiber LB, Barros C, d'Oliveira AFPL, Peres MFT. A Revista de Saúde Pública na produção bibliográfica sobre Violência e Saúde (1967-2015). *Rev Saude Publica*. 2016; 50:63.
22. Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):805-18.
23. Paulin Baraldi AC, Almeida AM, Perdoná G, Vieira EM, Santos MA. Perception and attitudes of physicians and nurses about violence against women. *Nurs Res Pract*. 2013; 2013:785025.
24. Berger SMD, Barbosa RHS, Soares CT, Bezerra CM. Formação de agentes comunitárias de saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da educação popular e da pedagogia feminista. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 2:1241-53.
25. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(28):165-74.
26. Brum CRS, Lourenço LM, Gebara CFP, Ronzani TM. Violência doméstica e crenças: intervenção com profissionais da atenção primária à saúde. *Psicol Pesqui*. 2013; 7(2):242-50.
27. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(31):287-99.
28. Franzoi NM, Fonseca RMGS, Guedes RN. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(3):589-97.
29. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):1731-5.
30. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saude Debate*. 2014; 38(102):482-93.
31. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(9):1805-15.
32. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(3):1943-52.
33. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):605-12.
34. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2):351-8.



35. Rocha NHN, Bevilacqua PD, Barletto M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2015; 13(3):597-615.
36. Salcedo-Barrientos DM, Gonçalves L, Oliveira Junior M, Egry EY. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. *Av Enferm*. 2011; 29(2):353-62.
37. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Junior I, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saude Soc*. 2000; 9(1-2):3-15.
38. Schraiber L, d'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(12):41-54.
39. Vieira EM, Ford NJ, Ferrante D, Garbelini F, Almeida AM, Daltoso D, et al. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(3):681-90.
40. Vieira EM, Perdoná GCS, Almeida AM, Nakano AMS, Santos MA, Daltoso D, et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(4):566-77.
41. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude Soc*. 2011; 20(1):113-23.
42. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):47-60.
43. Cordeiro KCC, Santos RM, Gomes NP, Melo DS, Mota RS, Couto TM. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. *Rev Baiana Enferm*. 2015; 29(3):209-17.
44. Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3):789-96.
45. Gomes NP, Bonfim ANA, Barros RD, Filho CCS, Diniz NMF. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2014; 22(4):477-81.
46. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6):1053-9.
47. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(1):166-78.
48. Porto RTS, Bispo Júnior JP, Lima EC. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis*. 2014; 24(3):787-807.
49. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito AMBB. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Saude Soc*. 2010; 19 Supl 2:96-108.
50. Rodrigues VP, Machado JC, Simões AV, Pires VMMM, Paiva MS, Diniz NMF. Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3):735-43.





51. Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(1):97-104.
52. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):213-21.
53. Gomes N, Erdmann AL, Higashi GDC, Cunha KS, Mota RS, Diniz NMF. Preparo de enfermeiros e médicos para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal. *Rev Baiana Enferm*. 2012; 26(3):593-603.
54. Gomes NP, Erdmann AL, Santos JLG, Mota RS, Lira MOSC, Meirelles BHS. Cuidado à mulher em situação de violência conjugal: teoria fundamentada nos dados. *Online Braz J Nurs*. 2013; 12(4):782-3.
55. Gomes NP, Erdmann AL, Stulp KP, Diniz NMF, Correia CM, Andrade SR. Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. *Psicol USP*. 2014; 25(1):63-9.
56. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gauch Enferm*. 2013; 34(1):180-6.
57. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(4):743-52.
58. Scaranto CAA, Biazevic MGH, Michel-Crosato E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. *Psicol Cienc Prof*. 2007; 27(4):694-705.
59. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(6):1230-40.
60. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6):608-13.
61. Visentin F, Becker Vieira L, Trevisan I, Lorenzini E, Franco Silva E. A enfermagem na atenção primária ao cuidar de mulheres em situação de violência de gênero. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(3):556-64.
62. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real*. 2017; 20(2):71-99.
63. Saffioti HIB, Almeida S. Brasil: violência, poder, impunidade. In: Camacho T, organizador. *Ensaio sobre violência*. Vitória: EDUFES; 2003. p. 85-114.
64. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. 2a ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2015.
65. Saffioti HIB. Violência de gênero no Brasil atual. *Estud Fem*. 1994; (Esp):443-61.
66. Saffioti HIB. Gênero e patriarcado. In: Castillo-Martin M, Oliveira S, organizadores. *Marcadas a ferro*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005. p. 35-76.
67. Saletti-Cuesta L, Aizenberg L, Ricci-Cabello I. Opinions and experiences of primary healthcare providers regarding violence against women: a systematic review of qualitative studies. *J Fam Violence*. 2018; 33(6):405-20.
68. Mojon-Azzi SM, Mojon DS. Scientific misconduct: from salami slicing to data fabrication. *Ophthalmic Res*. 2004; 36(1):1-3.



69. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(3):1943-52.
70. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effect of domestic violence training: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician.* 2014; 60(7):618-24.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
73. Brasil. Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; 2011.
74. Brasil. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Programa Mulher, Viver Sem Violência: diretrizes gerais e protocolos de atendimento. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2015.
75. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFPL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015; 385(9977):1567-79.
76. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digit.* 2012; 12(3):237-54.
77. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and referral to improve safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2011; 378(9805):1788-95.
78. Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH. Barriers and facilitators to integrating health service responses to intimate partner violence in low- and middle-income countries: a comparative health systems and service analysis. *Stud Fam Plann.* 2017; 48(2):179-200.
79. Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence. *Am J Prev Med.* 2014; 46(2):188-94.
80. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively. London: NICE; 2014.
81. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2013; 382(9888):249-58.
82. Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(11):3523-32.





Systematic review of the literature addressing obstacles and facilitators for the care of women, in situations of domestic violence (DV) in primary health care (PHC) in Brazil. The bibliographic review found 1,048 references. The analysis encompassed 39 articles complying with the inclusion and exclusion criteria. The material was centered on representations and beliefs of practitioners. The main obstacles were related to: conceptualizing DV as a health issue, resulting into difficulties to identify the problem and managing care encounters; lack of training and teamwork; scarce intersectoral network, fear and lack of time. The facilitators were mainly: introducing a gender and human rights perspective, bonding and embracement, teamwork and multisectoral work. Despite the potential of PHC to address the issue, few studies considered perspectives of management and financing, considered as key to overcome the problems pointed out.

**Keywords:** Violence against women. Primary health care. Health providers.

Revisión sistemática de la producción bibliográfica sobre obstáculos y facilitadores para el cuidado de mujeres en situación de violencia doméstica (VDM) en la atención primaria de la salud (APS) en Brasil. La revisión bibliográfica encontró 1.048 referencias. Analizamos 39 artículos, conforme criterios de inclusión y exclusión. La producción se concentró en representaciones y creencias de los profesionales. Los principales artículos fueron la constitución de la VDM como cuestión del alcance de la salud, traducida en dificultades en la identificación del problema y el manejo en el encuentro asistencial, ausencia de capacitación, trabajo en equipo, red intersectorial, miedo y falta de tiempo. Los facilitadores se enfocaron en la introducción de la perspectiva de género y derechos humanos, vínculo y acogida, trabajo en equipo y multisectorial. A pesar de la potencialidad de la APS para trabajar con VDM, fueron raros los estudios que consideraron la perspectiva de la gestión y financiación, fundamental para la superación de los problemas señalados.

**Palabras clave:** Violencia contra la mujer. Atención primaria de la salud. Profesionales de salud.

Submetido em 16/04/19.

Aprovado em 25/03/20.