

Estratégias de identificação e de acompanhamento de mulheres em situação de violência doméstica atendidas na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa

Strategies for the identification and follow-up of women in situations of domestic violence under primary health care: an integrative review

Estrategias de identificación y seguimiento de mujeres en situación de violencia doméstica atendidas por la Atención Primaria de Salud: una revisión integradora

Natália Pierdoná¹ , Daniele de Andrade Ferrazza¹ 

¹Universidade Estadual de Maringá – Maringá (PR), Brasil.

Resumo

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é porta de entrada de usuários da saúde para serviços de cuidado, sendo necessário que os profissionais que ali trabalham saibam reconhecer a demanda de violência doméstica contra as mulheres. **Objetivo:** Analisar as estratégias adotadas por profissionais da APS para a identificação e o cuidado de casos de violência doméstica contra mulheres cometida por parceiro íntimo (VDCM), no contexto do Brasil e de outros países. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa de literatura nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Publications from MEDLINE (PubMed) com os descritores: violência contra a mulher AND atenção primária à saúde. **Resultados:** Foram selecionados 23 artigos (16 manuscritos são publicações nacionais e sete internacionais). Entre as estratégias que os profissionais da saúde utilizam para identificar casos de violência doméstica nos serviços que compõem a APS, destacam-se: acolhimento, escuta qualificada, construção de vínculo com as mulheres nos atendimentos e desenvolvimentos de grupos. Nota-se o momento de realização do pré-natal e do exame ginecológico colpocitológico como espaços propícios para a identificação de mulheres em situação de violência. Dentre as estratégias de acompanhamento e cuidado proporcionadas às mulheres em situação de violência doméstica, salientam-se: acolhimento, escuta qualificada, atuações da equipe, especialmente o papel das Agentes Comunitárias de Saúde, além dos encaminhamentos para profissionais da rede de enfrentamento da violência doméstica. Dentre os desafios encontrados, ressaltam-se a subnotificação dos casos de violência doméstica e a baixa capacitação dos profissionais para identificarem e acompanharem mulheres em situação de violência de gênero. **Conclusões:** Ressalta-se a importância do fortalecimento do diálogo da APS com a Rede de Enfrentamento à Violência contra Mulheres para que os profissionais estejam mais atentos aos sinais de identificação durante as consultas e saibam os fluxos de acompanhamento dos casos e encaminhamentos; além da necessidade de aprimorar os financiamentos de políticas públicas destinadas às mulheres, com o intuito de garantir direitos femininos e combater as violências de gênero.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Violência doméstica; Atenção Primária à Saúde.

Como citar: Pierdoná N, Ferrazza DA. Estratégias de identificação e de acompanhamento de mulheres em situação de violência doméstica atendidas na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4382. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4382](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4382)

Autora correspondente:

Natália Pierdoná

E-mail: nataliapierdona.uem@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 03/07/2024.

Aprovado em: 10/09/2025.

Editora associada:

Monique Bourget



Abstract

Introduction: Primary health care (PHC) is the gateway for users to access health services. It is of utmost importance that professionals working in PHC are able to recognize users in situations of domestic violence against women and their follow-up needs. **Objective:** The aim of this study was to analyze the strategies adopted by PHC professionals to identify and care for cases of domestic violence against women committed by an intimate partner, in the context of Brazil and other countries. **Methods:** An integrative review of the scientific literature available at the SciELO and PubMed databases including the descriptors: violence against women AND primary health care (searched in Portuguese). **Results:** Twenty-three papers were found, 16 of them published in Brazil and 7 elsewhere. Among the reported strategies used by health professionals in PHC to identify cases of domestic violence are: welcoming, qualified listening, bonding between the professionals and the women in care, and creation of groups of women. Prenatal testing and gynecological colposcopy are considered appropriate moments for the identification of women in situations of violence. Among the reported strategies for follow-up and care of women in situations of domestic violence are: welcoming, qualified listening, teamwork (with emphasis on the role of community health agents), as well as referral to other agents in the network against domestic violence. Among the challenges faced are the underreporting of cases of domestic violence, and the low capability among professionals to identify and care for women in situations of gendered violence. **Conclusions:** It is of utmost importance that there is more dialogue between PHC and the Network Against Gendered Violence, so that professionals in medical appointments are more attentive to signs of violence, and aware of the necessary follow-up and referrals. Additionally, public policies aimed at women need further funding to secure women's rights and fight gendered violence.

Keywords: Violence against women; Domestic violence; Primary health care.

Resumen

Introducción: La Atención Primaria de Salud (APS) es la puerta de entrada de los usuarios del sistema de salud a los servicios asistenciales, y es necesario que los profesionales que trabajan en ella sepan reconocer la demanda de violencia doméstica contra las mujeres. **Objetivo:** El objetivo de este artículo es analizar las estrategias adoptadas por los profesionales de APS para identificar y atender los casos de violencia doméstica contra la mujer cometida por la pareja íntima, en el contexto de Brasil y de otros países. **Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica integradora en las bases de datos SciELO y Pubmed utilizando los descriptors: violence against women AND primary health care. **Resultados:** Fueron seleccionados 23 artículos. 16 manuscritos eran publicaciones nacionales y 7 internacionales. Entre las estrategias que los profesionales de salud utilizan para identificar casos de violencia doméstica en los servicios que componen la APS, se destacan: la acogida, la escucha calificada, la construcción de un vínculo con las mujeres durante las consultas y el desarrollo de grupos; la atención prenatal y los exámenes colpocitológicos ginecológicos se señalan como espacios favorables para la identificación de mujeres en situación de violencia. Entre las estrategias de acompañamiento y atención a las mujeres en situación de violencia doméstica se destacan: la acogida, la escucha calificada, el trabajo del equipo, en especial el papel de los Agentes Comunitarios de Salud, así como la derivación a profesionales de la red para el abordaje de la violencia doméstica. Entre los desafíos encontrados están el subregistro de casos de violencia doméstica y el bajo nivel de capacitación de los profesionales para identificar y hacer el seguimiento de las mujeres en situación de violencia de género. **Conclusiones:** Se destaca la importancia de fortalecer el diálogo de la APS con la Red de Combate a la Violencia contra las Mujeres, para que los profesionales estén más atentos a las señales de identificación durante las consultas, y conozcan los flujos para el seguimiento de los casos y derivaciones; además de la necesidad de mejorar la financiación de las políticas públicas dirigidas a las mujeres, para garantizar los derechos de las mujeres y combatir la violencia de género.

Palabras clave: Violencia contra la mujer; Violencia doméstica; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU)¹ define a violência contra as mulheres como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada”. Em âmbito legislativo brasileiro, a Lei 11.340/2006, denominada de Lei Maria da Penha,² protege mulheres em situação de violência doméstica e familiar, tipifica diferentes violências (física, sexual, moral, psicológica e patrimonial) e estabelece mecanismos para prevenir, punir e erradicar as violações de direitos.

As mulheres brasileiras em situação de violência doméstica estão atravessadas pelas intersecções de raça-etnia, classe social, *performance* sexual, faixa etária, entre outros marcadores sociais da

diferença. Nessa perspectiva, mulheres pretas são as principais vítimas de agressões e violências de gênero no país. Na maioria das vezes o agressor corresponde ao cônjuge/namorado/companheiro atual ou ex-parceiro íntimo. E o local com maior registro de violência contra a mulher é dentro da própria casa.³

Considerando-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para diferentes serviços, sendo o seu principal público o feminino, e que é o principal acesso de mulheres que vivenciam violências domésticas e familiares para o acompanhamento das situações que acarretam graves consequências para a sua saúde física e mental, é fundamental que os profissionais que ali trabalham estejam aptos a reconhecer e intervir diante de demandas de mulheres em condição de direitos violados.⁴ Sendo assim, este artigo tem como objetivo analisar as estratégias adotadas por profissionais da APS para a identificação e o cuidado de casos de violência doméstica contra mulheres cometida por parceiro íntimo (VDCM), no contexto do Brasil e de outros países.

MÉTODOS

Tipo de estudo e bases de dados

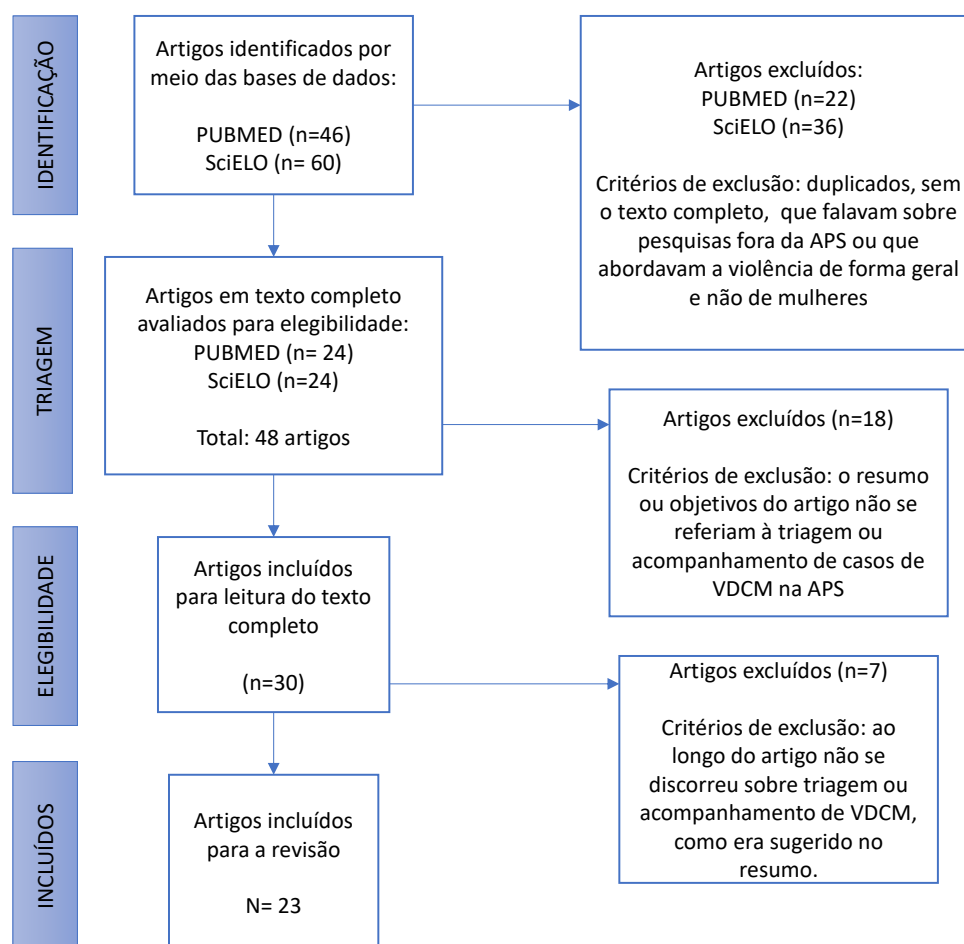
Trata-se de uma revisão integrativa de publicações científicas realizada em duas bases de dados — *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Publications from MEDLINE* (PubMed). Para tanto, partiu-se da seguinte pergunta norteadora: “Como profissionais da APS realizam a identificação dos casos de violência doméstica contra mulheres cometida por parceiro íntimo (VDCM) e propõem estratégias de cuidado e acompanhamento?”.

Para tanto, foram escolhidos os descritores: violência contra a mulher AND Atenção Primária à Saúde, em suas variações no português, espanhol e inglês. A pesquisa foi realizada de acordo com o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para revisões integrativas e sistemáticas (Figura 1), no mês de setembro do ano de 2022.

Crítérios de inclusão e exclusão

Os critérios de seleção e inclusão dos artigos para análise neste trabalho foram: 1) estudos que avaliassem estratégias de identificação e/ou acompanhamento de mulheres em situação de violência doméstica na APS, com atenção à perspectiva do profissional de saúde (e não da paciente); 2) pesquisas originais, incluindo ensaios clínicos, estudos transversais, observacionais, qualitativos e revisões sistemáticas ou metanálises que fornecessem uma síntese de evidências sobre o tema; 3) estudos que avaliassem mulheres adultas (acima de 18 anos) em situação de violência doméstica, independentemente da etnia, raça, religião, *performance* sexual ou *status* socioeconômico; 4) estudos publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português, sem a delimitação de um período específico de publicação; 5) publicações para as quais o texto completo estivesse disponível gratuitamente para leitura e análise.

Os critérios de exclusão foram: 1) pesquisas publicadas em outros idiomas; 2) estudos que tratavam de pesquisas em outros dispositivos que não compõem a APS; 3) estudos que abordavam a violência de outros públicos e não somente de mulheres; 4) estudos duplicados e publicados nas duas bases de dados que foram utilizadas nesta revisão; 5) publicações com o texto completo indisponível ou cuja página de acesso não foi encontrada.



APS: Atenção Primária à Saúde; VDCM: violência doméstica contra mulheres cometida por parceiro íntimo.

Figura 1. Fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para a seleção dos artigos da revisão.

Seleção e análise

Na base de dados SciELO foram encontrados 60 artigos, sem a seleção de filtros e sem a especificação do ano. Na base de dados PubMed, foram localizados 46 artigos, sem filtro e sem especificar período de publicações. Após a leitura dos resumos, foram excluídos os artigos científicos que não contemplavam os critérios de inclusão, o que resultou em 24 artigos em cada base de dados.

No total, foram selecionados 48 artigos nas duas bases de dados. Foi feita a leitura do resumo e da introdução desses artigos, que foram então organizados em uma tabela. Após essa leitura inicial, foram selecionados 30 artigos que se encaixaram nos critérios de inclusão.

Feita a leitura na íntegra dos 30 artigos selecionados, foram descartadas sete publicações por não discorrerem sobre o trabalho de profissionais de saúde na identificação e no cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na APS. No total, restaram 23 artigos, que foram analisados neste trabalho. Os principais dados encontrados estão detalhados no Quadro 1. Ressalta-se que os estudos selecionados passaram por uma avaliação de qualidade, garantindo a confiabilidade e a validade das informações utilizadas na análise.

Quadro 1. Síntese dos artigos selecionados na revisão integrativa.

Autores	Periódico, volume, nº, página e ano	Local	Estratégias de identificação de VDCM	Estratégias de acompanhamento
Jaqueline Arboit et al.	Rev Esc Enferm USP, v. 51, n. 1, p. 1–7, 2017.	Rio Grande do Sul, Brasil	Acolhimento e escuta qualificada.	Orientações; denúncia; encaminhamento à enfermeira coordenadora e a profissionais de outros serviços de atenção à saúde (assistente social, médico clínico geral, ginecologista e psicólogo). Trabalho em equipe; acompanhamento pelas ACS.
Stela Nazareth Meneghel et al.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 1, p. 275–284, 2021.	Rio Grande do Sul, Brasil	Conversas durante a realização do exame ginecológico colpocitológico.	Não houve sensibilização das profissionais para demandas trazidas pelas usuárias ou as soluções apresentadas pelas enfermeiras não foram tomadas pelas usuárias como satisfatórias.
Marcos Claudio Signorelli et al.	Cad. Saúde Pública, v. 29, n. 6, p. 1230–1240, 2013.	Paraná, Brasil	Não citadas.	Acolhimento das mulheres em situação de VDCM. Papel-chave das ACS.
Anna Dowrick et al.	Qualitative Health Research, v. 31, n. 9, p. 1697–1709, 2021.	Reino Unido	Programa IRIS: treinamento para todo o pessoal clínico e de recepção, perguntas sobre VDCM durante as consultas.	Programa IRIS: fluxo para encaminhamento a um profissional especialista em conduzir VDCM.
J. Vogel	Eastern Mediterranean Health Journal, v. 19, n. 3, p. 219–226, 2013.	Afganistão e Paquistão	Instrumentos de triagem.	Não citadas.
Pilar Murillo et al.	Gac Sanit, v.32, n.5, p.433–438, 2018.	Espanha	Limitada capacidade dos profissionais de saúde de abordar VDCM nas consultas devido sua capacitação deficitária/despreparo.	Não citadas.
Aysegul Catak Taskiran et al.	Primary Health Care Research & Development v.20, n.96, p.1–6, 2019.	Turquia	Não citadas.	Exame da paciente, documentação dos achados e acionamento da polícia. Aconselhamento à instituição judicial. Outros ignoraram a situação e não tomaram providências.
Rebecca O'Reilly, Kath Peters	BMC Women's Health, v. 18, n. 128, p.1–8, 2018.	Austrália	Parte dos profissionais não realiza triagem de VDCM. Outros profissionais usam perguntas gerais para identificar, sem usar ferramentas de triagem. Outros fazem triagem para VDCM durante o pré-natal quando as mulheres apresentam sinais que consideravam como “sinais de alerta”	Encaminhamentos para serviços específicos de VDCM, como: psicólogos e conselheiros, refúgios de mulheres, policiais, serviços comunitários, serviços jurídicos e assistentes sociais.

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Autores	Periódico, volume, nº, página e ano	Local	Estratégias de identificação de VDCM	Estratégias de acompanhamento
Vanessa Alcaide Lozano et al.	Atencion Primaria, v. 53, n. 1, p. 1–6, 2021.	Cataluña, Espanha	Dificuldades para detecção de VDCM em razão de diversos fatores, como: pressão assistencial, impacto das questões culturais e religiosas, barreira idiomática.	Não citadas.
Jaqueline Arboit et al.	Aten Primaria, v. 52, n. 1, p. 14–21, 2019.	Rio Grande do Sul, Brasil	Conversas durante as consultas de pré-natal e visitas domiciliares. Acolhimento; escuta ativa, relato espontâneo e observação do comportamento da mulher.	Não citadas.
Tatiana das Neves Fraga Moreira et al.	Saúde Soc, v. 23, n. 3, p. 814–827, 2014.	São Paulo, Brasil	Não citadas.	Reuniões de equipe (com a presença de psicólogas e assistente social), VDs e acompanhamento das ACS.
Tatiana dos Santos Borsoi et al.	Interface - Comunic., Saúde, Educ. v. 13, n. 28, p. 165–74, 2009.	Rio de Janeiro, Brasil	Atendimentos individuais e grupos educativos com gestantes e usuárias do planejamento familiar.	Unidade não referência: orientações quanto aos direitos e possibilidades de denúncia policial. Encaminhamento para delegacias, abrigos etc., caso a mulher queira denunciar. Unidade referência: acolhimento, acompanhamento do caso, encaminhamentos internos para outros profissionais de saúde, trabalho em equipe.
Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira et al.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1037–1050, 2009.	São Paulo, Brasil	Sensibilização de todos os profissionais e trabalhadores do serviço para os temas da VDCM. Escuta ativa. Privacidade. Ambiente acolhedor. Sigilo. Tempo necessário para escuta. Vínculo de confiança.	Não citadas.
Mariana Hasse, Elisabeth Meloni Vieira	Saúde debate v. 38, n. 102, p. 482–493, 2014.	São Paulo, Brasil	Não citadas.	Escuta qualificada da situação; notificação; registro em prontuário; profilaxia em caso de violência sexual; orientações; pouca articulação em rede.
Marta Cocco da Costa, Marta Julia Marques Lopes	Rev Esc Enferm USP, v. 46, n. 5, p. 1088–1095, 2012.	Rio Grande do Sul, Brasil	Acolhimento e construção de vínculo, principalmente com as ACS.	Orientações e construção de ações coletivas, por meio de grupos e do teatro.

Continua...

Quadro 1. Síntese dos artigos selecionados na revisão integrativa.

Autores	Periódico, volume, nº, página e ano	Local	Estratégias de identificação de VDCM	Estratégias de acompanhamento
Samara Silva Marques et al.	Rev Gaúcha Enferm, v. 38, n. 3, p. 1–8, 2017.	Rio Grande do Sul, Brasil	Acolhimento e escuta interessada. Dificuldade da identificação da VDCM: vínculo frágil da mulher com o serviço e com os profissionais.	Encaminhamento a outros serviços (limitação da ESF em acompanhar gestantes em situação de VDCM). Apoio do NASF. Pouco conhecimento sobre a rede de atenção e notificação.
Marcos Claudio Signorelli et al.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 1, p. 93–102, 2018.	Região Sul, Brasil	Acolhimento e papel dos ACS.	Acolhimento e papel dos ACS.
Ariana Sofia Barradas da Silva et al.	Rev Esc Enferm USP, v. 56, n. 1, p. 1–8, 2022.	Cabo Verde	Por ser um serviço situado na comunidade, as profissionais identificam com facilidade as mulheres em VDCM, ou os próprios membros da comunidade informam quem são. Quando se trata de violência física, as mulheres geralmente procuram o serviço ou são encaminhadas pela polícia.	Encaminhamentos para entidades sociais ou outros serviços. Pensamentos dos próprios profissionais de culpabilizar a mulher pela violência são empecilho.
Marta Cocco da Costa et al.	Rev Gaúcha Enferm. 2017, v. 38, n. 2, p. 1–8, 2017.	Rio Grande do Sul, Brasil	Acolhimento da equipe multidisciplinar, vínculo com o profissional, papel importante da enfermagem.	Não citadas.
Paula Suséli Silva de Bearzi et al.	Revista Estudos Feministas, v. 28, n. 3, p. 1–14, 2020.	Região Sul, Brasil	Equipe enquanto rede de apoio e suporte, ampliando o olhar para identificar as situações.	Insegurança de vários profissionais sobre como lidar com a VDCM. Acompanhamento pelas ACS. Vínculo e escuta ativa. Orientação sobre a rede de atendimento. Pouca notificação.
Viviane Graciele da Silva	Esc Anna Nery, v. 24, n. 4, p. 1–7, 2020.	Minas Gerais, Brasil	Papel das ACS para a identificação de casos. Acolhimento e escuta ativa.	Assistência da enfermagem, com acolhimento e encaminhamentos.
Fernanda Garbelini De Ferrante et al.	Interface - Comunic., Saude, Educ., v. 13, n. 31, p. 287–99, 2009.	São Paulo, Brasil	Não citadas.	Insegurança dos profissionais para lidar com a VDCM. O estudo sugere com essa negligência uma violência institucional.
Jaqueline Arboit et al.	Saúde Soc. São Paulo, v. 27, n. 2, p. 506–517, 2018.	Rio Grande do Sul, Brasil	Diálogo, vínculo, visitas domiciliares.	Comunicação à coordenação da equipe de ACS, orientações às mulheres para que busquem seus direitos e o acionamento da polícia. Trabalho em equipe.

ACS: agente comunitária de saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; VD: Visita domiciliar; VDCM: Violência doméstica contra mulheres cometida por parceiro íntimo.

RESULTADOS

Dos artigos selecionados e analisados, a grande maioria, ou 75% (n=18), eram estudos de abordagem qualitativa. Entre os outros artigos, encontrou-se uma revisão sistemática da literatura, uma publicação de relato de experiência e três estudos de abordagem quantitativa.

Foram selecionados 69% (n=16) de artigos publicados no Brasil e 31% (n=7) de manuscritos produzidos no exterior, entre os quais se identificaram publicações nos seguintes países: Reino Unido (n=1), Afeganistão e Paquistão (n=1), Espanha (n=2), Turquia (n=1), Austrália (n=1) e Cabo Verde (n=1). Dos artigos publicados no Brasil, dez foram realizados na Região Sul, sendo a maioria no Rio Grande do Sul (n=7), um no Paraná e, em dois, não foi especificado o estado de realização da pesquisa. O restante das publicações analisadas foram estudos realizados na Região Sudeste, divididos entre Minas Gerais (n=1), São Paulo (n=4) e Rio de Janeiro (n=1).

Para a análise dos resultados do presente estudo, optou-se por dividir as estratégias de enfrentamento da VDCM em três momentos. Primeiramente, são debatidas as estratégias que os profissionais da saúde utilizam para identificar casos de violência doméstica nos serviços que compõem a APS. No segundo momento, são analisadas as formas de acompanhamento e cuidado proporcionadas às mulheres em situação de violência doméstica usuárias dos equipamentos da APS. Finalmente, no terceiro momento, são apresentadas perspectivas e desafios para a capacitação de profissionais de saúde atuantes na APS, com o intuito de identificar e acompanhar mulheres em situação de VDCM.

Estratégias de identificação de violência contra mulheres

Entre as estratégias utilizadas por profissionais da APS para a identificação de casos de violência doméstica vivenciada por mulheres, destacam-se: escuta qualificada e acolhimento. Os momentos mais propícios para a identificação foram: durante a coleta de exame ginecológico colpocitológico, durante o pré-natal, em visitas domiciliares, durante grupos educativos e em consultas com diferentes profissionais da saúde. Foram ressaltados o papel das ACS e a atuação de equipes multidisciplinares nas discussões de casos de VDCM. Além disso, os estudos sublinharam a aplicação de instrumentos de triagem para violência e a capacitação dos profissionais das equipes de saúde como um facilitador para a identificação de casos. A escuta qualificada e o acolhimento foram mencionados como dispositivos essenciais no trabalho em um terço dos artigos publicados (n=8).

Stela Nazareth Meneghel et al.⁵ relatam que o momento da coleta do exame ginecológico colpocitológico realizado pelas enfermeiras em um serviço da APS é propício, já que foram relatadas situações de VDCM. Outro estudo⁶ destaca que os momentos de realização das consultas de pré-natal e visitas domiciliares pelas equipes de trabalhadores da APS são importantes para a identificação de relatos espontâneos.

Um estudo⁷ identificou situações de VDCM em atendimentos individuais de consultas com as usuárias do serviço e também em grupos educativos com gestantes e participantes do programa de planejamento familiar de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Três trabalhos⁸⁻¹⁰ ressaltam a construção do vínculo das usuárias com as ACS como fundamental para a identificação de casos de VDCM. Um estudo¹¹ cita o papel da equipe multidisciplinar, com destaque para atuação de enfermeiras/os na triagem de casos de violência.

No Reino Unido, um estudo¹² mostrou a importância do denominado “Programa IRIS”, projeto local de treinamento para todo o pessoal clínico e de recepção, com comandos eletrônicos para perguntar às pacientes sobre VDCM durante as consultas nos serviços de saúde. Na Austrália, em pesquisa¹³ realizada com 48 profissionais de saúde, os autores encontraram diferentes formas de identificar VDCM que variavam de acordo com cada trabalhador: enquanto alguns questionam as mulheres em consultas de pré-natal, outros se atentam a possíveis lesões físicas visíveis.

J. Vogel¹⁴ realizou uma revisão sistemática e encontrou 11 estudos que citavam instrumentos de triagem de VDCM durante as consultas. Em uma pesquisa-intervenção,¹⁵ a partir da sensibilização de profissionais de uma UBS para os temas da VDCM, dos direitos das mulheres e das relações de gênero, os casos de violência passaram a ser identificados com mais agilidade.

Estratégias de conduta perante a violência contra mulheres

Com relação às estratégias de conduta perante a identificação de casos de VDCM, seis artigos^{9,16-20} citaram novamente o papel das ACS como essencial para o acompanhamento e cuidado de mulheres em situação de violência, justamente por elas conhecerem a comunidade e poderem acompanhar de perto as vivências familiares.

No Reino Unido, o mesmo “Programa IRIS”, que realiza a identificação de casos, apresenta um fluxo de encaminhamento para um profissional especialista em conduzir VDCM.

Além disso, oito publicações^{7,10,12,13,16,18,21,22} citaram como possibilidade de cuidado os encaminhamentos para outros serviços ou profissionais de saúde, entre os quais: assistente social, médico clínico geral, ginecologista e psicólogo. Em estudos da Austrália e Turquia, também foram citados, além dos profissionais de saúde, encaminhamentos para serviços jurídicos e policiais. Jaqueline Arboit et al.¹⁸ também consideram o papel da equipe para conversarem sobre possibilidades de enfrentamento da VDCM. A mesma autora, em trabalho de 2018,¹⁹ citou a importância das orientações às mulheres para que saibam seus direitos e busquem alternativas. Apenas dois estudos^{20,23} citaram a necessidade de notificação em caso de violência. Um destes reforçou também a necessidade de ações de prevenção da violência, principalmente em casos de abuso sexual.

Perspectivas e desafios para a atuação de profissionais de saúde diante de mulheres em situação de violência

Para além das estratégias para identificar e conduzir o acompanhamento de pessoas em situação de VDCM, muitos estudos apresentam relatos de insegurança dos profissionais de saúde quanto à forma como devem agir diante desses casos. Uma pesquisa²⁴ sugere que a dificuldade de identificar casos de VDCM pode se aproximar de ações permeadas pela violência institucional, dada a negligência dos profissionais quanto aos encaminhamentos.

Com relação à identificação/triagem, Pilar Murillo,²⁵ em estudo realizado na Espanha, comenta que há uma limitada capacidade dos profissionais de saúde de abordar VDCM nas consultas mediante o seu despreparo para reconhecer situações de violência de gênero. Na pesquisa publicada por Vanessa Alcaide Lozano,²⁶ produzida também em contexto espanhol, encontraram-se dificuldades para a detecção de VDCM por diversos fatores: pressão assistencial, impacto das questões culturais e religiosas e a barreira idiomática decorrente da pluralidade cultural no próprio país.

Já Samara Silva Marques,²¹ em pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre-RS, relatou como causa de dificuldade de identificação da VDCM o vínculo frágil da mulher com os profissionais do serviço da APS.

Em estudo realizado em Cabo Verde,²² destacaram-se como desafios as percepções dos profissionais que compõem a equipe de saúde e que tendem a culpabilizar a mulher pelas violências sofridas. Nessa perspectiva, quatro dos estudos^{19-21,23} analisados citaram a necessidade de fortalecimento do trabalho em equipe profissional, principalmente no âmbito da rede intersetorial, de modo a promover a integração e o diálogo entre os serviços, como forma de melhorar a assistência às mulheres em situação de violência doméstica. Destaca-se que cinco artigos^{11,18,19,22,25} ressaltam a importância de capacitação profissional voltada para atendimentos de VDCM, e dois,^{22,26} especialmente, citaram a necessidade de os cursos de formação em saúde trabalharem com temáticas de gênero, sexualidade e feminismo.

DISCUSSÃO

As equipes multidisciplinares da APS são essenciais no acompanhamento dos casos de VDCM.²⁷ Entre os profissionais, as ACS têm papel fundamental na identificação e no acompanhamento dos casos, como amplamente dito, pois são profissionais que estão inseridas em seu território de atuação e conhecem muito bem as usuárias do serviço, estabelecendo com mais facilidade vínculos, o que possibilita que as mulheres se sintam confortáveis para falar sobre as situações vivenciadas.²⁸

Entre as estratégias mais citadas pelos pesquisadores brasileiros para a identificação da VDCM, o acolhimento e a escuta ativa foram as práticas que mais se destacaram. De acordo com o Ministério da Saúde,²⁹ entende-se por acolhimento a prática de atendimento que pode ser oferecida por qualquer profissional de saúde, em qualquer momento durante a estadia da paciente no serviço, por meio de escuta que gere vínculo e relação de confiança entre profissional e usuária, o que a transforma em protagonista de seu processo de cuidado. Já a escuta qualificada é uma tecnologia leve, que envolve interesse na pessoa que está falando, proporciona vínculo e confiança e propicia que as usuárias se sintam confortáveis para falarem sobre seus sofrimentos e vivências de violência.³⁰

Quanto às publicações estrangeiras, o artigo de Anna Dowrick et al.¹² mostrou que, no Reino Unido, os *general practitioners* (GPs), que seriam equivalentes aos médicos de família e comunidade no Brasil, foram identificados como bem posicionados para iniciarem conversas sobre VDCM, principalmente por três fatores: abordagem mais holística do que a de outras profissões e baseada no relacionamento para cuidados de saúde; interconexões com múltiplas comunidades diferentes e serviços de atenção secundária; e maior contato com a população afetada do que outros serviços de saúde.

A notificação compulsória brasileira no Sistema de Informação de Agravos de Notificação dos casos de violência doméstica só foi citada por dois estudos analisados,^{20,23} com destaque para a subnotificação dos casos VDCM, que ainda é uma realidade. São diversos os motivos para isso: pouco tempo para as consultas, elevada pressão assistencial (que poderia ser definida como o número médio de consultas ofertadas por dia)³¹ e, principalmente, desinformação dos profissionais ao confundirem notificação com denúncia, o que acarreta sentimentos de medo diante de casos de violência.³²

Mais de uma pesquisa mostrou o conhecimento escasso dos profissionais de saúde que trabalham na APS para identificar e conduzir casos de VDCM.^{20,24,33} Como sugestão, mencionaram a capacitação dos profissionais, o que corrobora outros estudos da área que mostram que há pouca atenção na formação de profissionais em saúde para o debate sobre os temas de gênero, sexualidade, feminismo e, principalmente, a VDCM.³⁴

Entretanto, em se tratando de especializações de saúde da família ou residência de medicina de família e comunidade, saber lidar com casos de VDCM faz parte do currículo baseado em competências, e a temática é frequente em quase todos os congressos da área.³⁵ Essa fato leva-nos a questionar se os profissionais que trabalham na APS estão de fato capacitados, tendo recebido uma formação adequada para tal função.

CONCLUSÃO

Dada a relevância do tema da VDCM para a APS, faz-se mister pensar em estratégias que facilitem a identificação, o acompanhamento e os encaminhamentos dos casos existentes. Destaca-se a formação dos profissionais de saúde que atuam na APS, para que estejam familiarizados com as temáticas de gênero e violência doméstica. Além disso, considera-se necessária a capacitação constante desses profissionais para que possam atuar de forma condizente com as expectativas de cuidado integral em saúde, atentos à identificação, ao acolhimento e aos encaminhamentos diante de casos de VDCM. Também se ressalta o fortalecimento do diálogo dos profissionais da APS com a Rede de Enfrentamento à Violência contra Mulheres, para que os trabalhadores saibam os encaminhamentos e os fluxos de acompanhamento dos casos. Em âmbito macropolítico, faz-se essencial o financiamento de políticas públicas destinadas às mulheres, com o intuito de garantir direitos e estratégias de combate às violências de gênero. Por fim, ressalta-se a ampliação dos debates e investimentos em pesquisas científicas sobre as temáticas da VDCM para levantar dados que auxiliem no fomento de políticas públicas, assim como a construção de protocolos para a identificação e o atendimento de mulheres.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

NP: Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Escrita – Primeira Redação. DAF: Supervisão, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Violência contra as mulheres [Internet]. OPAS [acessado em 07 set. 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>
2. Instituto Maria da Penha. O que é violência doméstica? [Internet]. [acessado em 07 set. 2023]. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/o-que-e-violencia-domestica.html>
3. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e invisível – A Vitimização de Mulheres no Brasil. 4ª ed. 2023.
4. Pedrosa M, Zanello V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psic: Teor e Pesq.* 2016;32(n. esp.):1-8. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne214>
5. Meneghel SN, Andrade DNP, Hesler LZ. Conversas invisíveis: assuntos falados, mas não ouvidos em consultas ginecológicas. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(1):275-84. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.08012019>
6. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB. Violence against women in Primary Health Care: potentialities and limitations to identification. *Aten Primaria.* 2019;52(1):14-21. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.008>
7. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Actions addressing violence against women at two primary healthcare centers in the municipality of Rio de Janeiro. *Interface Comunic, Saúde, Educ. (Botucatu).* 2009;13(28):165-74. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100014>

8. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1088-95. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500008>
9. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária Brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(1):93-102. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.16562015>
10. Silva VG, Ribeiro PM. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery*. 2020;24(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0371>
11. Costa MC, Silva EB, Soares JSF, Borth LC, Honnef F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>
12. Dowrick A, Feder G, Kelly M. Boundary-Work and the Distribution of Care for Survivors of Domestic Violence and Abuse in Primary Care Settings: Perspectives From U.K. Clinicians. *Qualitative Health Research*. 2021;31(9):1697-709. <https://doi.org/10.1177/1049732321998299>
13. O'Reilly R, Peters K. Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. *BMC Women's Health*. 2018;18(128). <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0620-2>
14. Vogel J. Effective gender-based violence screening tools for use in primary health care settings in Afghanistan and Pakistan: a systematic review. *EMHJ*. 2013;19(3):219-26. <http://doi.org/10.26719/2013.19.3.219>
15. D'Oliveira APL, 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. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1037-50. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>
16. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014;23(3):814-27. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300007>
17. 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 Saúde Pública*. 2013;29(6):1230-40. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600019>
18. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016113303207>
19. Arboit J, Costa MC, Silva EB, Colomé ICS, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saúde Soc*. 2018;27(2):506-17. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018169293>
20. Bearzi PSS, Martins AB, Marchi RJ, Reser AR. Trilhas para o enfrentamento da violência contra a mulher. *Rev Estud Fem (Florianópolis)*. 2020;28(3):e60162. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n360162>
21. Marques SS, Riquinho DL, Santos MC, Vieira LB. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. *Rev Gaúcha Enferm*. (Online) 2017;38(3):e67593. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67593>
22. Silva ASB, Silva MRS, Semedo DSRC, Fortes DCS, Santos AM, Fonseca KSG. Percepções dos profissionais da atenção primária à saúde sobre a violência contra mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56: e20210097. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0097>
23. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate (Rio de Janeiro)*. 2014;38(102):482-93. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>
24. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface - Comunic, Saúde, Educ (Botucatu)*. 2009;13(31):287-99. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400005>
25. Murillo P, Sebastián MS, Vives-Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. *Gac Sanit*. 2018;32(5):433-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.003>
26. Lozano VA, Dominguez AP, Medina EL, Sáez CA. Propuestas para el abordaje de la violencia machista em el ámbito de la salud. *Un análisis cualitativo. Aten Primaria*. 2021;53(6):102045. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102045>
27. Moreira MIC, Dias EP. O enfrentamento da violência contra as mulheres no âmbito da estratégia de saúde da família. *Psicologia em Revista (Belo Horizonte)*. 2020;26(1):187-207. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p181-200>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Cadernos Humaniza SUS. Atenção Básica. Brasília-DF; 2010.
30. Maynard WH, Albuquerque MC, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(4):300-3. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>
31. Vidal TB, Rocha SA, Tesser CD, Harzheim E. Modelos de acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde. (Cap 5). In: Gusso G, Lopes JMC. (Orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. 2ª ed. Ed. Artmed; 2019.
32. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJL. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(6):1879-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>

33. Taskiran AC, Ozsahin A, Edirne T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;25(20):1-6. <http://doi.org/10.1017/S1463423619000288>
34. Gomes NP, Erdmann AL, Bettinelli LA, Higashi GDC, Carneiro JB, Diniz NMF. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4):683-9.
35. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015.