

## ATENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Geane Silva (1); Emanuelle Cassiano Agripino Santos Queiroga (3); Jackeline Abílio de Souza (4); Ana Tereza de Medeiros; (5) Luana Rodrigues de Almeida (6)

*(Enfermeira Residente pela Secretaria de Saúde de João Pessoa – e-mail: silva.geane@hotmail.com);*

*Fisioterapeuta Residente pela Secretaria de Saúde de João Pessoa - emmanuella@hotmail.com; Professora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Pública - DESP/UFPB – e-mail: anaterzaprof@gmail.com; Doutoranda*

*em Modelos de Decisão e Saúde CCEN/UFPB – e-mail: jackabilio@yahoo.com.br; Professora do*

*Departamento de Psiquiatria e Saúde Pública - DESP/UFPB – e-mail: luanaralmeida02@gmail.com.)*

**Resumo: Introdução:** A violência contra mulher é uma evidência clara das desigualdades de gênero e impacta significativamente a saúde das mulheres que a sofrem. Entretanto, esse ainda é um tema pouco debatido e enfrentado pelos serviços de saúde. **Objetivo:** analisar a produção científica nacional sobre a atenção à violência contra a mulher, com enfoque na atuação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** o estudo realizou uma revisão sistemática da literatura, através do levantamento e seleção de nove artigos científicos publicados nas bases de dados Medline, Lillacs, Scielo e BVS-MS, no período de 2002 a 2013. **Resultados:** o estudo permitiu construir quatro categorias que revelaram a existência de uma atenção primária à saúde desarticulada da rede de assistência e despreparada para cuidar da mulher vitimizada por violência. O estudo mostrou que ainda predomina o cuidado curativista, voltado às questões reprodutivas femininas. A execução de um trabalho em saúde não integral, reducionista, pode estar relacionado à naturalização da violência por parte dos profissionais de saúde. Isto significa que são necessárias a execução de ações de educação permanente em saúde para qualificar as práticas voltadas às mulheres. **Conclusão:** A alta incidência de casos de violência contra mulher na APS, o desconhecimento dos profissionais quanto ao tema e a ausência de uma rede articulada com a APS, evidência a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para lidar com situações de violência contra a mulher, bem como a necessidade da criação de fluxos e referências que os instrumentalizem.

**PALAVRAS CHAVE:** Atenção Primária, Violência contra mulher, Violência familiar, Enfermagem da família, Saúde Coletiva.

### Introdução

A presente pesquisa aborda aspectos da atuação profissional, práticas e processo de trabalho na prevenção e atenção à violência contra a mulher nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A mulher tem conseguido transpor muitas barreiras com relação a sua atuação em comunidade,

entretanto, ainda vivencia situações de opressão e violência. É impactante o número de mulheres que sofrem violência perpetrada por seus companheiros, e eles a exercem por imposições morais, religiosas e culturais. A figura feminina é muitas vezes coadjuvante ou figurante de sua própria história, reservando-se à invisibilidade e à falta de valor social, ao passo que lhe é imposta a tarefa de ser

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)

delicada, submissa, prendada, compreensiva e estereotipada com atributos historicamente reservados às mulheres (SILVA, 2012).

A luta por igualdade de direitos e empoderamento feminino teve início a partir da organização das mulheres em movimentos sociais, a exemplo do feminista, tendo seu marco inicial por volta do começo do século XX, no Brasil. Esse período – pós Primeira Guerra Mundial – é marcado por grandes transformações econômicas, culturais e industriais (CANO, 2009).

Naquele contexto, o movimento feminista adotou, no Brasil, duas bandeiras de luta: a garantia de direitos e o fim da impunidade da violência contra a mulher que oprimia e dizimava mulheres em seus próprios lares, no contexto de relações familiares. Tais crimes eram historicamente justificados e legalizados pela premissa de defesa da honra e passionalidade (CASIQUE, 2006).

A violência define-se como sendo conflito de autoridade e desejo de domínio a uma ordem de poder que reduz e aniquila o outro. É sabido que a violência não é um objeto de estudo específico da saúde, no entanto, os impactos sobre ela são diretos, pois, por meio da violência acontecem lesões, traumas e mortes, com con

sequências físicas ou emocionais que representam um problema de saúde pública, envolvendo graves dimensões transversais, de caráter histórico, cultural e de gênero à sociedade atual (MINAYO, 2006).

A violência cometida contra as mulheres é uma evidência clara das iniquidades de gênero (BARALDI, 2012). Gênero constitui uma categoria sociológica que considera a diversidade dos processos de socialização de homens e de mulheres, contrapondo-se ao entendimento do enfoque hegemônico clássico, que *naturalizou* as desigualdades entre os sexos, determinando consequências que impactam a vida e as relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014).

Nesse contexto, a violência contra a mulher trata-se de um fenômeno complexo, pois perpassa culturas, etnias, situações financeiras e regimes políticos, sendo considerada, por Fonseca (2005), como uma das grandes contradições da sociedade ocidental. Apesar de ser reconhecido como um problema de saúde pública, seu enfrentamento ainda é pouco debatido nos serviços de saúde, e isso pode estar relacionado às dificuldades em se identificar e até diagnosticar a ocorrência do fenômeno (BRASIL, 1988).

Sendo a violência uma questão de saúde pública, com grande impacto, incidência, recorrência e com dimensões transversais, a sua prevenção é de responsabilidade de toda sociedade. Desse modo, as mulheres em situação de violência devem ser acolhidas pelos profissionais de saúde à luz dos princípios de universalidade e integralidade defendidos pela Constituição Federal de 1988 (BEUTER, 2010). A Constituição Federal de 1988 propõe, no capítulo da saúde, a conformação de um sistema único que contemple ações e serviços de saúde que integrem uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988).

As mulheres vitimizadas por violência comparecem às unidades de saúde em busca de uma atenção acolhedora, ampliada, com uma abordagem que supere a realização de curativos e cuidados com as sequelas físicas. Silenciosamente, elas clamam por ajuda e esperam serem ouvidas e acolhidas em suas necessidades de saúde - decorrentes dos agravos físicos e mentais provocados pela violência.

Contraditoriamente, em um espaço que deveria produzir cuidado, muitas vezes são reproduzidas novas formas de opressão e revitimização, a partir de uma atuação profissional baseada em estereótipos de

gên

ero, criando um elo de sofrimento difícil de ser rompido. Muitas das mulheres que chegam até o serviço saúde retornam para seus lares, retomando o convívio com seus agressores, incorporando novamente o ciclo vicioso da violência.

Os profissionais de saúde precisam compreender que os serviços de saúde tem função de mediação de conflitos, de apoio e de ajuda. Dependendo da postura profissionais diante da mulher que sofre violência, o serviço pode exercer papel fundamental no combate a reprodução da violência e na quebra do seu ciclo, como também pode ser agente agravante dessa problemática (VILLELA, 2010).

Nesse contexto, diante da magnitude e do crescente número de casos de violência contra a mulher, praticados majoritariamente no espaço doméstico, este estudo justifica-se pela necessidade de se investigar a produção científica nacional a respeito do enfrentamento do problema da violência contra a mulher nos serviços de saúde, visto a relevância da atuação do setor da saúde no reconhecimento dos casos de violência no território, na atenção à mulher que sofre fisicamente e mentalmente com as agressões e no acionamento de uma rede de serviços que atendam às necessidades de saúde das mulheres violentadas.

Resultados de pesquisas feitas por diversas instituições, governamentais ou

não, como, por exemplo, a recente pesquisa realizada pelo Instituto Sangari, revela o “Mapa da Violência”, em que em uma lista de 84 países o Brasil encontra-se na 7º posição como um dos países que mais se registra homicídios de mulheres. Ainda segundo a mesma fonte, a Paraíba ocupa a 6º posição como um dos estados com maior número de mulheres assassinadas, ocupando posição dentre os estados mais violentos do Brasil (SANGARI, 2016).

Diante desses dados alarmantes, surgem diversos questionamentos, sobre o nível de conhecimento profissional, acolhimento e abordagem adequados às mulheres que vivem em um ambiente vulnerável. Questiona-se também em relação aos profissionais da Atenção Primária, se estes estão realmente preparados para atuarem de forma adequada na prevenção da violência doméstica.

Diante do exposto, no contexto da educação em saúde, percebendo-a como uma ferramenta fundamental para o enfrentamento da violência de gênero nos serviços de saúde, formulou-se como objetivo desta pesquisa analisar a produção científica nacional sobre a atenção à violência contra a mulher para refletir sobre o potencial dos serviços de atenção pri

mária nesse cuidado.

### **Metodologia**

Trata-se de uma Revisão Integrativa, método de pesquisa desenvolvido com frequência na área da medicina baseada em evidências. A revisão sistemática tem a finalidade de reunir, de forma sistemática e ordenada, resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Com o intuito de orientar a revisão sistemática, este estudo elaborou as seguintes questões norteadoras: Como se dá o cuidado às mulheres vitimizadas por violência nos serviços de atenção primária à saúde? Que conhecimentos e concepções os profissionais da atenção primária à saúde possuem sobre a violência cometida contra as mulheres?

A investigação foi iniciada pela busca de trabalhos científicos publicados nas bases de dados MEDLINE, LILACs e SCIELO, no período entre janeiro e fevereiro de 2013. Para o levantamento dos trabalhos foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME): atenção primária; violência; **Atenção Integral à Saúde da Mulher**.

Foram incluídos no estudo artigos científicos publicados no idioma português, no período de 2002 a 2013,

cujos objetos de estudo que abordassem a atenção prestada em serviços de saúde às mulheres vitimizadas por violência e os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a violência contra mulher.

Nessa revisão foram incluídos estudos distribuídos conforme os seguintes critérios: estudos exploratórios, de caráter qualitativo, de abordagem qualitativa, através do método Criativo-Sensível (MCS); estudo prospectivo, descritivo e exploratório, utilizando a abordagem qualitativa; estudo quantitativo, transversal, descritivo e do tipo *survey*, em que foram entrevistados 51 enfermeiros das cinco UBDS do município de Ribeirão Preto, SP.

No período de acesso às bases de dados, foram levantados 30 artigos científicos. Após a leitura dos resumos de todos os artigos, foram excluídos 16 trabalhos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos no estudo. Em seguida, procedeu-se à leitura profunda e integral dos artigos, (na íntegra) sendo excluídos 07 trabalhos por não apresentarem respostas para as questões orientadoras da pesquisa e o objetivo proposto para este estudo. Ao final do processo de seleção dos estudos científicos

publicados, foram selecionados para análise qualitativa 09 artigos.

Na fase de análise dos artigos selecionados foi utilizado um instrumento de pesquisa que contemplou as seguintes questões: autoria, ano de publicação, título, objetivos, métodos, principais resultados e principais conclusões. Após o preenchimento detalhado do instrumento, foi possível interpretar e analisar o conteúdo extraído. Através da análise das informações extraídas, foram elaboradas quatro categorias, cuja construção foi orientada com base na aproximação e divergência de conteúdos, conforme apresentado na sessão de resultados.

## **Resultados**

A fase de análise dos artigos científicos selecionados tornou possível a construção de quatro categorias, organizadas por aproximação de conteúdos e apresentadas nos quadros 1 e 2.

**Quadro 1** – Descrição dos artigos selecionados nas bases de dados SCIELO, MEDLINE conforme autoria, características/resultados e desfechos/conclusões (sobre o potencial de atenção e prevenção à violência contra a mulher no contexto da Atenção Primária à Saúde).

AUTORES	A Atenção Primária à Saúde e a rede de assistência: <b>responsabilidades, referências e contra referências</b>	
	CARACTERÍSTICAS/RESULTADOS	DESFECHOS/CONCLUSÕES
Baraldi et al, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O estudo evidenciou o desconhecimento dos profissionais acerca dos números referentes a violência contra mulher;</li> <li>✓ Os enfermeiros estão entre os primeiros profissionais a entrarem em contato com mulheres vítimas de violência;</li> <li>✓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O enfermeiro, ao entrar em contato com uma mulher em situação de vulnerabilidade, deve compartilhar tal caso com a equipe multidisciplinar;</li> <li>✓ A pesquisa conclui que o enfermeiro deve ser elo de articulação, junto a equipe de saúde, e ações de intersetorialidade;</li> </ul>
Blay, 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fatores que contribuem para a violência de gênero Na visão dos profissionais da atenção básica os fatores: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cultura de subordinação de gênero;</li> <li>○ Caracterização distorcida do amor passional em meios de comunicação;</li> <li>○ Falha nas questões jurídicas e penais;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificada a necessidade de realização de ações transversais através da criação de políticas públicas;</li> <li>✓ Apontada a necessidade da promoção de (promover a) mudança da cultura de subordinação de gênero;</li> </ul>
Borsoi, Cavalcanti, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A violência nas unidades de saúde é trabalhada apenas nos grupos de planejamento familiar e gestantes – uma das unidades é referência;</li> <li>✓ Profissionais afirmam que, com frequência, detectam casos de violência doméstica nestes grupos;</li> <li>✓ Nas duas unidades, os profissionais relatam a necessidade da intersetorialidade;</li> <li>✓ Há opção de não se envolver por parte de alguns profissionais;</li> <li>✓ A violência é bastante comum entre as usuárias das unidades de saúde;</li> <li>✓ Há dificuldades no acolhimento e na continuidade do cuidado;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Há necessidade de pensar acerca dos encaminhamentos e da continuidade do cuidado nos serviços, oferecendo condições favoráveis, ampliando as possibilidades de trabalho e ações desenvolvidas pelos profissionais;</li> <li>✓ As unidades de atenção básica representam o espaço adequado para trabalhar a prevenção da violência doméstica;</li> <li>✓ Os problemas sociais devem ser vistos como parte do adoecimento.</li> </ul>
AUTORES	Naturalização da violência e predominância de práticas sem potencial para a emancipação da opressão de gênero	
	CARACTERÍSTICAS/RESULTADOS	DESFECHOS/CONCLUSÕES
Villela et al, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Motivos que interferem negativamente no atendimento às mulheres vítimas de violência: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de privacidade - inexistência de lugares apropriados para receber a mulher;</li> <li>○ Profissionais se esquivam do atendimento às mulheres e as estimulam a procurar um serviço especializado.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Normas sociais causam violência contra mulheres; essas normas se reproduzem institucionalmente e se caracterizam na relação entre profissional e usuárias.</li> <li>✓ Enxergar a violência contra as mulheres como um fenômeno natural constitui uma das práticas dos serviços de saúde e de segurança;</li> <li>✓ Muitas ações de profissionais nascem como matriz para perpetuação da violência exercida contra as mulheres com base nas desigualdades de gênero.</li> </ul>

**Quadro 2** – Descrição dos artigos selecionados nas bases de dados Scielo, MEDLINE e LILACS conforme autoria, características/resultados e desfechos/conclusões (sobre o potencial de atenção e prevenção à violência contra a mulher no contexto da Atenção Primária à Saúde).

AUTORES	Educação Permanente em Saúde e Qualificação de práticas	
	CARACTERÍSTICAS/RESULTADOS	DESFECHOS/CONCLUSÕES

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)

Salcedo-Barrientos et al, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Profissionais mostram dificuldades para lidar com questões de violência - sentem medo e insegurança.</li> <li>✓ Há falta de estrutura e rede articulada para atendimento às mulheres vitimizadas por violência;</li> <li>✓ Mesmo reconhecendo as famílias em situações de violência, os profissionais de enfermagem sentem-se impotentes para superar e atuar nessas questões;</li> <li>✓ Existem poucas capacitações e cursos voltados às questões de violência para profissionais de saúde;</li> <li>✓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ É necessária a ação multidisciplinar e intersetorial;</li> <li>✓ São necessárias capacitações permanentes, a fim de reorganizar o processo de trabalho, focando a necessidade da usuária.</li> <li>✓ Há necessidade de que os profissionais de saúde sejam capacitados e que os enfermeiros sejam preparados para identificar situações de violência no âmbito familiar;</li> <li>✓ É necessário que seja ampliada a visão diagnóstica de maneira individual, centralizando o cuidado na família;</li> <li>✓</li> </ul>
<b>AUTORES</b>	<b>Prevalência de atenção curativa e cuidado voltado para a saúde questões reprodutivas</b>	
	<b>CARACTERÍSTICAS/RESULTADOS</b>	<b>DEFECHOS/CONCLUSÕES</b>
Osís, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A vergonha e o medo favorecem a invisibilidade e perpetuação da violência contra mulher;</li> <li>✓ Profissionais não dispunham de estrutura necessária para prevenir e atender os casos de violência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A unidade de atenção primária não pode resumir-se a triagens e a encaminhamentos.</li> </ul>
Saliba et al, 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Em um total de 20 registros de violência doméstica contra a mulher, metade foi percebida durante o atendimento pré-natal.</li> <li>✓ A violência foi descontextualizada, onde as lesões eram apenas tratadas e as possíveis agressões na família vistas como algo natural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O pré-natal é um momento que favorece a detecção de mulheres em situações de violência, no entanto, as ações na unidade de saúde são programáticas, centradas em procedimentos técnicos; registros incompletos, e violência não notificada.</li> </ul>

## Discussão

Dos estudos selecionados sobre a violência contra a mulher e a atenção primária, alguns se destacaram quanto a temática predominante, sendo possível subdividi-los em categorias.

A APS se faz por meio de uma rede, onde a estratégia de saúde da família é posta como a entrada preferencial do usuário ao Sistema Único de Saúde. Desse modo, é concebida como coordenadora do cuidado, cuidado esse, que excede as portas dos serviços de saúde e do próprio setor. A unidade de saúde da família possui grande potencial para os cuidados que são dispensados ao indivíduo, família e

comunidade assumindo o papel de articulação dentro da rede assistencial (BARALDI ET al, 2012; BORSOI, 2009).

A responsabilidade com o cuidado à mulher que vivência situações de violência é compartilhada por toda equipe, no que diz respeito a abordagem, ao manejo e a prevenção. O cuidado deve estar respaldado em uma visão ampliada em que a atenção vai além das questões biológicas, perpassando eixos transversais da atenção à saúde. Nesse contexto, o profissional de saúde é um ator fundamental (BORSOI, 2009).

Para referenciar a usuária que enfrenta uma situação de vulnerabilidade, o profissional precisa realizar uma escuta

ativa, notificar o caso de violência, conhecer a rede de saúde e o intersetor no qual esta mulher poderá transitar e receber a devida atenção (BLAY, 2014).

Apesar do reconhecimento da responsabilidade dos profissionais da atenção primária a saúde no cuidado qualificado à mulher que sofre violência, Villela et al (2011) problematizam as ambiguidades e as contradições no atendimento às mulheres que sofrem violência. Eles questionam a estrutura física, onde estas usuárias são acolhidas, e as concepções dos profissionais que as acolhem.

No que se refere a estrutura física, apontam que muitas unidades de saúde não possuem local apropriado para o acolhimento, provocando constrangimento à usuária e a impedindo de relatar o que tem vivenciado. Nessas condições é improvável que sejam construídos laços efetivos de vínculo e confiança entre profissional e a mulher que recorre ao serviço. Outro ponto relevante é a predominância de valores e concepções pessoais influenciados por questões culturais e sociais que orientam as ações e práticas profissionais de saúde, levando-os a tomarem posicionamentos pessoais no manejo a mulher que sofre violência.

Nesse mesmo sentido, Almeida,

Sil

va e Machado (2014) defendem que dentre os elementos do processo de trabalho em saúde na atenção à mulher em situação de violência de gênero, há uma predominância de saberes instrumentais baseados em estereótipos e preconceitos que reafirmam as opressões de gênero ao invés de supera-las. Esse saber, que orienta o processo de trabalho, se apresenta inadequado, indicando a necessidade de seu aprofundamento, sobretudo, na reorientação da formação dos profissionais de saúde no sentido de um entendimento a respeito da necessidade de se investigar e agir diante da violência de gênero.

A naturalização da violência é outra questão tratada por Villela et al (2011), pois, na ausência do relato da violência, mulheres são tratadas sob uma visão curativista, restrita a realização de tratamento de feridas. Em razão de suas concepções acerca da violência e da condição feminina, o profissional pode se tornar um opressor e perpetuador do ciclo de violência, baseando-se em equivocadas concepções de gênero (VILLELA ET al, 2011).

A preparação dos técnicos de saúde foi um tema recorrente em três dos artigos selecionados nesse estudo. Nestes, os próprios profissionais relatam dificuldade em se qualificarem quanto à abordagem e manejo da violência. O profissional que rotineiramente tem mais contato com as



famílias em situação de vulnerabilidade são os enfermeiros – de acordo com os registros dos estudos apresentados. Porém, estes não estão preparados para a detecção da usuária que sofre com a violência e as suas consequências. Uma série de questões é citada, entre elas uma rede desestruturada e desarticulada, o medo de também sofrerem violência, a impotência diante do serviço em dar resolutividade e a falta de educação permanente voltada para essa problemática (SALCEDO-BARRIENTOS ET al, 2011).

A alta rotatividade dos profissionais na APS também apresenta-se como outra fragilidade, pois se contrapõe à lógica do serviço, que é a manutenção do vínculo do profissional com a comunidade. O vínculo profissional com a mulher que sofre violência é fundamental à criação de um ambiente favorável ao relato de violência por parte da mulher, visto que para ela essa situação é algo de foro muito íntimo.

Muitas mulheres desconhecem os tipos de violências e as outras formas de opressão. Por isso, muitas vezes concebem que apenas as marcas físicas comprovam os abusos. Profissionais sensíveis a esta situação atuam como agentes de transformação, favorecendo o empoderamento destas mulheres (D'OLIVEIRA et al, 2009; SCHRAIBER

et

al, 2002).

A APS possui uma lógica voltada para a prevenção e promoção da saúde, mesmo que também diagnostique, trate e reabilite. Entretanto, há uma predominância de ações voltadas às questões biológicas e curativistas, fatos reforçados por Osis (2012) que afirma que a unidade de saúde não pode se resumir a encaminhamentos e triagens, tampouco a execução de ações voltadas apenas para as questões reprodutivas. Como exemplo, pode-se citar a atenção dada a mulher durante o pré-natal. Nesse tipo de atendimento, as ações se resumem às questões biológicas com pouca ou nenhuma investigação/intervenção nas subjetividades das mulheres nesse período.

Para Saliba (2007), o período gestacional é um momento propício para detecção da situação de vulnerabilidade da mulher. Neste momento ela se encontra mais susceptível ao diálogo e necessita ir com regularidade a unidade. No entanto, verifica-se que, muitas vezes, os casos suspeitos de violência não são percebidos, notificados, sequer investigados. Ocorre uma naturalização por familiares e profissionais, que reduzem o seu olhar e as ações de saúde às decisões programáticas, rotineiras e de caráter biológico (SALIBA, 2007).

Os resultados apresentados explicitam a grande contradição que ocorre

na atenção às mulheres em situação de violência pelos serviços de APS. No campo da saúde, a violência deve ser considerada como uma problemática que acarreta para a sociedade e para os seus serviços grandes prejuízos, sejam eles em termos de custo das ações de prevenção, do tratamento ou da promoção de uma política de paz entre os sujeitos.

No que diz respeito a profissionais da atenção primária à saúde, estes, devem estar preparados para o enfrentamento da problemática discutida, por meio de ação efetiva do setor saúde integrado com outros setores que, articulados, contribuam para o bem-estar e para saúde da população feminina vitimizada por violência (SALCEDO-BARRIENTOS, 2011).

### **Conclusão**

A análise dos dados apresentados e discutidos neste estudo evidencia o processo de invisibilidade da violência contra mulher na atenção primária em saúde.

De forma geral, os artigos selecionados nessa pesquisa discutem a ausência de uma atenção efetiva e de protocolos de atendimentos às mulheres em situação de violência. Com relação ao conhecimento e ações dos profissionais na APS, para eles não existem ações pad

ronizadas e uniformes, pautadas na realidade e com vistas a enfrentar o problema no âmbito dos serviços públicos de saúde.

Métodos e estratégias para a atenção às mulheres em situação de violência muitas vezes não são desenvolvidos, além de ser verificada a falta de responsabilização dos profissionais da saúde que se esquivam e repassam a responsabilidade do atendimento para outro setor.

A falta de capacitações, cursos e educação permanente, juntamente com o medo e o sentimento de impotência por parte de alguns profissionais, cooperam para a subnotificação dos casos e, indiretamente, contribuem para a perpetuação do ciclo da violência no seio familiar, e nas relações íntimo-afetivas. Logo, se não há conhecimento sobre a violência e seus fatores determinantes, como oferecer um atendimento adequado? Os profissionais da saúde são agentes de transformação, são educadores da população e muitas vezes constituem-se na única opção de ajuda às mulheres vitimadas pela violência.

Com o presente estudo pôde-se perceber a necessidade da articulação intersetorial, da disponibilização de fluxos e encaminhamentos, da capacitação permanente de profissionais da APS, da realização de novas pesquisas que

fotografem a realidade e que promovam avanços.

É preciso efetivar as notificações dos casos de violência identificados e desenvolver métodos criativos, sensíveis e eficazes para acolher, encaminhar e acompanhar as mulheres que vivem na invisibilidade. A violência deve ser vista e abordada como uma questão de saúde pública, sendo ela umas das principais causas reconhecidas de morbidade e mortalidade em nosso país.

Ressalta-se que o setor da saúde se apresenta como corresponsável nesse processo de enfrentamento ao problema, que deve ser compartilhado por instituições de outras esferas num trabalho multi e interdisciplinar de prevenção, combate, assistência e garantia de direitos às mulheres. Destarte, o conhecimento que os profissionais da APS poderão desenvolver nesta temática será suficiente? Onde se inicia e até onde vão suas responsabilidades com estas mulheres?

Quem poderá garantir a segurança dos profissionais que atuam em uma rede de saúde tão complexa e carente de recursos estruturais e gerenciais? Qual a responsabilidade das mulheres nesse processo? Como promover a intersectorialidade necessária para avanço da questão?

Novos estudos são necessários para abranger a realidade apresentada e discutida e desenvolver estratégias de intervenção e proteção à mulher.

### Referências Bibliográficas

1. ALMEIDA, L.R.; SILVA, A.T.M.C.; MACHADO, L.S.. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero no serviço de atenção básica. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação** (Botucatu). São Paulo, vol. 18, n. 48, pág. 47-59 jan/mar, 2014.
2. BARALDI, A.C.P.et al . Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 12, n. 3, p. 307-318, Sept. 2012.
3. BEUTER, M.; ALVIM, N.A.T. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 567-574, Sept. 2010.
4. BLAY, E.A.(Org.); ACOSTA, F. (Org.); BEIRAS, A. (Org.); ALMEIDA, A.M.M. (Org.) et al . **Feminismos e Masculinidades**. 1ª. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2014.
5. BONFIM, E.G.; LOPES, M.J.M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 97-104, Mar. 2010.
6. BORSOI, T.dos S.; BRANDAO, E.R.; CAVALCANTI, M.de L. T. 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)**, Botucatu , v. 13, n. 28, p. 165-174, Mar. 2009.

7. BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.
8. BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei 11.340 Maria da Penha**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006.
9. CANO, D.S. et al . As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 214-222, 2009.
10. CASIQUE, L.; FUREGATO, A.R.F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 14, n. 6, p. 950-956, Dec. 2006.
11. COFEN. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em:  
<http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>  
Acesso em 21 de novembro de 2011.
12. D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al .Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 1037-1050, Aug. 2009 . access on 26 Apr. 2016.
13. GARCIA, M.V. et al . Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2551-2563, Nov. 2008 .
14. MENDES, K. Dal S.o; SILVEIRA, R.C.de C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, vol. 17, n 04. Pág. 758-64, 2008.
15. MINAYO, M.C.de S. A inclusão da

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)

violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, supl. p. 1259-1267, 2006.

16. OSIS, MJD; DUARTE, GA; FAUNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 351-358, Apr. 2012.

17. SALCEDO-BARRIENTOS, et al . Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **av.enferm.**, Bogotá , v. 29, n. 2, p. 353-362, Dec. 2011. access on 26 Apr. 2016.

18. SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, June 2007.

19. SANGARI, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde. **Mapa da Violência 2015: Anatomia dos Homicídios no Brasil**. Instituto Sangari. São Paulo, 2016.

20. SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, Aug. 2002 .

21. SILVA, G. ET al. **Sentimentos experienciados por mulheres vítimas de Violência doméstica**. Vulnerabilidade social. Anais CBCENF 2012.

22. VILLELA, W.V. et al . Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, Mar. 2011.