



Evidências acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência

Evidence of health care offered to women in situations of violence

Evidencias acerca de la atención a la salud de las mujeres en situación de violencia

Laura Ferreira Cortes¹, Jaqueline Arboit¹, Stela Maris de Mello Padoin¹, Cristiane Cardoso de Paula¹

Objetivo: analisar as evidências científicas de potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência. **Métodos:** revisão integrativa desenvolvida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Public Medline. O *corpus* de pesquisa incluiu trinta estudos. **Resultados:** os fatores potencializadores da atenção remetem à organização dos serviços, concepções e atuação dos profissionais pautadas em estratégias de comunicação e identificação da violência. Os limitadores são concepções dos profissionais alicerçadas em papéis tradicionais de gênero, inexistência de treinamento, de protocolos para o atendimento e registro dos casos, atitudes de cunho pessoal e assistência focada nos sintomas físicos. **Conclusão:** as evidências apontam para a realização de triagem e criação de protocolos de atendimento permeados pela escuta, orientações às mulheres e garantia da continuidade no cuidado em rede. É premente a necessidade de investimento na formação profissional proporcionando visibilidade do tema no âmbito da saúde. **Descritores:** Saúde da Mulher; Violência Contra a Mulher; Assistência à Saúde.

Objective: to analyze the scientific evidence of enhancing and limiting factors of the care rendered to women in situation of violence. **Methods:** integrative review developed in Latin American and Caribbean Health Sciences database and Public Medline database. The *corpus* of the research included thirty studies. **Results:** the factors that enhance attention are related to services organization, conceptions and actions of professionals guided by strategies of communication and identification of violence. The limiting factors are conceptions of professionals grounded in traditional roles of genders, lack of training, protocols for the care and registration of cases, attitudes based on personal style and assistance focused in physical symptoms. **Conclusion:** the evidence points to the realization of screening and creation of protocols of assistance permeated by listening and guidelines directed to women ensuring the continuity of care network. There is a pressing need for investment in vocational training to provide of visibility to the theme in the health context. **Descriptors:** Women's Health; Violence Against Women; Delivery of Health Care.

Objetivo: analizar las evidencias científicas de potencialidades y límites de la atención a las mujeres en situaciones de violencia. **Métodos:** revisión integradora desarrollada en las bases de datos Literatura Latinoamericana y Ciencias de la Salud del Caribe y *Public Medline*. Investigación incluyó treinta estudios. **Resultados:** factores que impulsaron la atención se refieren a la organización de los servicios, concepciones y acciones de los profesionales guiadas en la comunicación e identificación de estrategias de violencia. Limitadores fueron concepciones de profesionales basadas en los roles tradicionales de género, falta de capacitación, protocolos para atención y registro de casos, actitudes personales y asistencia basada en síntomas físicos. **Conclusión:** evidencias apuntan para realización de clasificación y creación de protocolos de atención permeadas por escucha a las mujeres y directrices que garanticen continuidad de la red de atención. Hay necesidad urgente de inversión en la formación profesional que proporciona visibilidad del tema en la salud. **Descritores:** Salud de la Mujer; Violencia Contra la Mujer; Prestación de Atención de Salud.

¹Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

Autor correspondente: Laura Ferreira Cortes
Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336, CEP: 97105-900. Cidade Universitária - Camobi. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: lferreiracortes@gmail.com

Introdução

A violência contra as mulheres, presente na história desde os primórdios das civilizações é atualmente definida como um problema de saúde pública devido à magnitude epidemiológica global e seu impacto na vida das mulheres e suas famílias. Pesquisas realizadas em âmbito mundial dimensionam o problema: entre 10,0% e 64,0% das mulheres afirmaram terem sido objeto de agressão física por parte do parceiro íntimo em algum momento de sua vida⁽¹⁾.

Recentemente passou a ser discutida como problemática que requer enfrentamentos, os quais perpassam a construção de elementos conceituais e metodológicos, bem como a implantação de políticas públicas singulares⁽²⁾. Esse tipo de violência é definido como qualquer ação ou omissão pautada no gênero que provoque morte, lesão ou sofrimento de natureza psíquica, sexual ou psicológica à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado⁽³⁾.

Esse tipo de violência é um fenômeno social, multifacetado, uma das extremas formas de manifestação das desigualdades de gênero, que resulta da assimetria de poder entre homens e mulheres traduzida em relações de força e dominação. Por influenciar o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres considera-se o setor saúde como locus privilegiado para identificar, assistir, acolher e referir as mulheres em situação de violência⁽⁴⁻⁵⁾.

Viver sem violência é um direito universal e para concretizar esse direito, é fundamental ter como ponto de partida a mulher e suas necessidades. Neste sentido, a atenção à saúde dessas mulheres e a interação entre os profissionais de saúde precisa transcender a adscrição de um serviço e visar a resolutividade das necessidades e suas demandas; pautadas em estratégias que possibilitem o empoderamento feminino. Os serviços de saúde integram a rede de atendimento e, portanto os profissionais são corresponsáveis nesse processo⁽⁶⁾.

No entanto ainda verificam-se dificuldades importantes no desenvolvimento da assistência. Muitas

mulheres ao procurar atendimento nos serviços de saúde, por agravos diretos ou indiretos relacionados à violência, se deparam, muitas vezes, com profissionais despreparados, que apresentam dificuldades em detectar tais situações⁽⁷⁾. As incertezas sobre como proceder frente aos casos podem ser atribuídas à formação uma vez que problemas sociais, como a violência, contrariariam o que é tradicionalmente apreendido, a racionalidade biomédica, dos diagnósticos e tratamentos^(4,8).

Neste contexto, existe uma aparente invisibilidade da violência em serviços de saúde, porque, de fato, os profissionais detectam casos de violência, dentre eles médicos e enfermeiros, reconhecem o problema, e muitos tem atitudes positivas de cuidado, embora apresentem dificuldades em reconhecer essa como um problema da saúde⁽⁸⁾. Acredita-se assim que construir evidências em relação às potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência pode contribuir com o desenvolvimento de estratégias para a identificação de situações de violência, promoção, proteção e apoio às mulheres. Assim, questiona-se “Quais as evidências de potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência?”. Para responder a essa questão, este estudo objetivou analisar as evidências científicas de potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência.

Método

Estudo de revisão integrativa da literatura com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas acerca tema ou questão específica de modo sistemático e ordenado. Esse tipo de revisão contempla a análise e síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo⁽⁹⁾.

Para a operacionalização desta revisão foram seguidas as seguintes etapas⁽⁹⁾: 1. Identificação do tema: atenção à saúde das mulheres em situação de violência; 2. Seleção da questão de pesquisa: “quais

as evidências de potencialidades e limites da atenção às mulheres em situação de violência?"; 3. Estabelecimento de critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa na temática disponível *online*, na íntegra e preferencialmente gratuito, em inglês, português ou espanhol; e no recorte temporal de 1994 a 2014, uma vez que o marco inicial está sustentado na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; e exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos; 4. Definição das informações a serem extraídas dos estudos: referência, ano, procedência, objetivo, abordagem, sujeitos, principais resultados, e nível de evidência; 5. Avaliação das evidências e análise (categorização): a análise dos dados extraídos foi realizada na forma descritiva, possibilitando a avaliação das evidências de acordo com os sete níveis⁽¹⁰⁾; 6. Discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados.

A classificação das evidências considerou os seguintes níveis de evidência: nível I- evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II- evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III- evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV- evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V-, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI- evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível VII- evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁽¹⁰⁾.

O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de maio de 2015 por duas pesquisadoras de forma independente, nas bases eletrônicas de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Public Medline (PubMed)

Na base de dados LILACS foram utilizados os descritores controlados extraídos dos Descritores

em Ciências da Saúde (DeCS), "violência doméstica" or "mulheres maltratadas" and "serviços de saúde" or "serviços de saúde para mulheres"; o que resultou em 69 estudos. Após o recorte temporal restaram 66 estudos. Com a exclusão de artigos sem resumo, reflexões e relatos restaram 29 estudos. Após a leitura desses artigos na íntegra e do recorte temático foram selecionados 8 estudos da base de dados LILACS para comporem a amostra desta revisão.

Na base de dados PubMed utilizando os Medical Subject Headings (MeSH Terms), "battered women" and "health services" foram encontrados inicialmente 692 estudos. Após a aplicação do filtro recorte temporal restaram 690 estudos. Mediante recorte idiomático e de artigos sem resumos restaram 571 artigos. Destes foram excluídos artigos indisponíveis on line na íntegra, restando 88 estudos. Com a exclusão de reflexões, revisões, relatos e repetições restaram 72 artigos. Estes foram submetidos à leitura na íntegra, sendo que após o recorte temático foram selecionados 22 estudos da base de dados PubMed para comporem a amostra desta revisão.

Assim, obedecendo-se aos critérios de inclusão e exclusão a amostra final foi constituída de 30 artigos. Para minimizar possível viés de aferição dos estudos (erro de interpretação dos resultados e do delineamento), duas pesquisadoras realizaram a leitura criteriosa dos artigos e o preenchimento do instrumento de extração de dados, de forma independente, os quais posteriormente foram comparados. Nos casos de divergências em relação à avaliação do estudo, as pesquisadoras discutiam até chegarem em consenso.

Resultados

Quanto à caracterização dos artigos analisados, verificou-se o predomínio de estudos desenvolvidos no Brasil 10 (33,3%), seguido dos EUA 5 (16,7%), Espanha 2 (6,6%), Bélgica, Chile, Etiópia, Líbano, Índia, Israel, África do Sul, Bangladesh, Colômbia, Quênia, Suécia com 1 estudo (3,3%).

A distribuição temporal da produção científi-

ca foi agrupada de modo quadrienal e o período de 2006-2009 apresentou o maior índice de produção com 12 (40%), seguido do quadriênio 1998-2001 com 2 (6,7%), 2002-2005 com 5 (16,7%), 2010-2014 com 11 (36,7%). Na abordagem metodológica predominaram estudos quantitativos com 17 estudos (56,7%), seguido dos estudos qualitativo 9 (30%) e quanti-qualitativos 4 (13,3%). Predominaram estudos de nível de evidência 6, com 28 estudos (93,3%), seguidos dos

estudos com nível de evidência 2 e 4, ambos com 1 estudo cada (3,6%).

Os estudos (n=30) foram classificados por referência, objetivo, delineamento e principais resultados. A análise dos dados possibilitou a identificação de fatores potencializadores (Figura 1) e limitadores (Figura 2) para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência nos serviços de saúde.

Fatores potencializadores	
1. Organização dos serviços	<p>Encaminhamentos a serviços de referência em rede articulada⁽¹¹⁾</p> <p>Continuidade do cuidado⁽¹²⁻¹⁴⁾</p> <p>Acolhimento e vínculo com a equipe⁽¹³⁻¹⁴⁾</p> <p>Definição de altas compartilhada⁽¹³⁾</p> <p>Mudanças na estruturação e oferta do serviço⁽¹⁵⁾</p> <p>Trabalho em equipe multiprofissional⁽¹⁵⁾</p> <p>Articulação com a área jurídica⁽¹⁴⁾ e de assistência social^(13,16)</p> <p>Programas abrangentes e com encontros grupais⁽¹⁷⁻¹⁸⁾</p> <p>Existência de profissionais especializados⁽¹⁹⁻²⁰⁾</p> <p>Assistência pré-natal de qualidade⁽²⁰⁻²¹⁾</p>
2. Concepções e atuação dos profissionais	<p>Concepção que a violência é objeto de assistência à saúde^(22,12,15)</p> <p>Desejo dos profissionais de serem úteis e solidários⁽²²⁾</p> <p>Estratégias de comunicação com empatia, sensibilidade^(16,14,23), acolhimento⁽¹⁴⁾, aconselhamento, escuta, segurança, informações sobre os recursos legais disponíveis^(12,16,19,20), compromisso com direitos, escolhas e empoderamento das mulheres⁽¹⁹⁾</p> <p>Abordagem confidencial, apoio emocional, boa relação profissional-mulher^(12,24)</p> <p>Explicações compreensíveis⁽²⁵⁾</p> <p>Respeito à história de vida⁽¹³⁾ e autonomia das mulheres⁽¹²⁾</p> <p>Intervenção na comunidade e mudança social⁽¹²⁾</p> <p>Assistência às necessidades sociais e legais^(12,17)</p>
3. Identificação da violência	<p>Revelação pela mulher⁽²⁶⁾</p> <p>Realização de triagem^(12,19,25,27-28)</p> <p>Observação de sintomas imprecisos e questionamentos sobre as relações pessoais e violência⁽¹⁹⁾</p> <p>Tempo suficiente para abordar e assunto foi incluído na formação profissional⁽²⁵⁾</p>

Figura 1 - Principais fatores potencializadores para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência, de acordo com as evidências científicas

Fatores limitadores	
1. Organização dos serviços	Tempo elevado de espera para o atendimento ⁽²⁴⁾ Inexistência de treinamento/formação ^(13,15) Falta de protocolos de atendimento e de registros ⁽¹⁵⁾ Ausência de instalações adequadas para o atendimento ⁽²⁹⁾
2. Concepções e atuação dos profissionais	Culpabilização e julgamento das mulheres ^(12,13,19,15,24,30) Sentimentos negativos e dificuldades na abordagem do tema ^(13,16,19,22-23,29-31) Desinformação sobre os serviços especializados ⁽¹³⁾ Tempo limitado dos profissionais ^(15,19,29) Falta de registro e invisibilidade da violência ^(15,25,31-35) Atitudes pessoais e não técnico-científicas ^(15,20,35) Assistência focada nos sintomas e lesões ^(15,36)
3. Componentes da própria violência	Pouca percepção da mulher sobre a violência sofrida ⁽³²⁾ Dificuldades de compreensão das mulheres sobre as orientações ⁽¹⁵⁾ Natureza privada e doméstica da violência contra as mulheres ^(15,36-37)

Figura 2 - Principais fatores limitadores para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência, de acordo com as evidências científicas

Discussão

Dentre os fatores considerados potencializadores para a atenção à saúde das mulheres destacam-se os relacionados com a organização dos serviços, o que é observado nas evidências pelo encaminhamento com maior brevidade aos serviços de referência, conformando um atendimento em rede integrada e bem articulada⁽¹¹⁾. Assim, considera-se resolutivo quando há continuidade do cuidado^(12-13,31) e definição de altas é compartilhada entre a equipe e as usuárias, ou seja, o serviço permanece aberto para a possibilidade de retorno das mulheres⁽¹³⁾.

Alguns estudos demonstram que o vínculo com a equipe, permeado pelo acolhimento e acompanhamento após o término do tratamento⁽¹³⁻¹⁴⁾, bem como a capacidade dos profissionais se engajarem em mudanças na estruturação e na oferta do serviço são pontos positivos. Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional, que foge ao modelo médico centrado e à consulta individual⁽¹⁵⁾; articulado com profissionais da área jurídica⁽¹³⁾ e da assistência

social^(13,16), qualifica o acesso dessas mulheres⁽¹³⁾. Há potencialidade quando os órgãos especializados são equipados com conhecimentos e competências adequadas⁽²⁰⁾ e quando existem especialistas em questões de família⁽¹⁹⁾.

Além disso, programas abrangentes que englobem a participação em encontros grupais⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ são importantes, uma vez que quando as mulheres compartilham entre si suas experiências sobre violência há maior possibilidade de sentirem-se apoiadas o que facilita o desenvolvimento de habilidades de comunicação e resolução de problemas⁽¹⁸⁾. Estudo realizado com consultoras de serviços que atendem mulheres em situação de violência⁽¹⁷⁾, sugere melhorias nos programas de assistência no que diz respeito à oferecerem oportunidades de capacitação e desenvolvimento de um ofício, englobando a ajuda em necessidades legais, de assistência social, habitação ou emprego^(12,17).

Os potencializadores também estão relacionados às concepções dos profissionais, pautadas no entendimento que a violência deve ser tratada como objeto de assistência à saúde^(12,22) e a

sua atuação, alicerçada no desejo dos profissionais de serem úteis e solidários às mulheres em sofrimento⁽²²⁾ e não as julgando⁽²⁴⁾. Estudos mostram que as estratégias de comunicação dos profissionais podem impactar positivamente quando permeadas pela empatia, sensibilidade^(14,16,23), pelo aconselhamento, escuta, garantia de segurança e quando são disponibilizadas informações sobre os recursos legais^(12,16,19-20), respeitando-se os direitos e escolhas das mulheres⁽¹⁹⁾. Também quando é permeada por confidencialidade, apoio emocional entre profissional e mulher atendida^(12,24); quando as explicações são compreensíveis⁽²⁵⁾ e quando há respeito à história de vida das mulheres, trazida como sofrimento intenso e credibilizando suas falas sobre a violência⁽¹³⁾. Preservar a autonomia possibilita que as mulheres realizem mudanças em sua vida⁽¹²⁾.

As possibilidades de identificar uma mulher que sofreu violência são maiores quando o profissional de saúde cria oportunidades abertas para discussão facilitando que as mulheres relatem suas vivências e mencionem questões psicossociais, como o estresse, por exemplo⁽¹⁶⁾. Foi considerada positiva a adoção de estratégias de intervenção ao nível da comunidade, proporcionando mudanças sociais, a exemplo de campanhas comunitárias e nos meios de comunicação, em especial nas áreas rurais, onde a privacidade e a confidencialidade são muito valorizadas na família⁽¹²⁾. Além disso, a atenção é potencializada quando a mulher revela a violência ao prestador de cuidados, o que possibilita o acesso a intervenções de serviços especializados. Estudo evidencia que mulheres que receberam intervenções de serviços de saúde específicos para esses casos tiveram quase três vezes mais probabilidade de ter relatado a ruptura do relacionamento em comparação com as mulheres que não receberam esse atendimento. Fato esse que está atrelado com a melhoria da saúde dessas mulheres⁽²⁶⁾. Igualmente são importantes serviços de apoio que enfatizem o empoderamento⁽²⁰⁾ compromisso dos profissionais para a promoção dos direitos das mulheres e seu bem-estar⁽¹⁹⁾.

Estudo aponta que médicos da atenção primária demonstram maior autoeficácia e sucesso sobre o atendimento às mulheres, o que sugere maior sensibilidade e consciência pessoal desses profissionais, fato que poderia ser atribuído ao maior envolvimento com a situação por conhecerem as mulheres há mais tempo⁽²³⁾. Para trabalhadores de enfermagem, o plantão noturno se mostrou positivo, possibilitando que a enfermeira dedicasse maior tempo ao acolhimento e à consulta⁽¹⁴⁾. A associação com a assistência pré-natal de qualidade também é um fator positivo⁽²⁰⁻²¹⁾.

Outros fatores potencializam a identificação da violência e conseqüentemente a atenção à saúde: a realização de triagem^(12,19,25,27-29); triagem universal para violência em ambientes clínicos, em especial sendo realizada por profissionais de enfermagem⁽²⁷⁾; realização de triagem direcionada^(19,29); realização de triagem e intervenções para mulheres que sofrem violência psicológica, uma vez que essa precede ao abuso físico o que pode contribuir na prevenção primária de agressões físicas⁽²⁸⁾. Estudo destaca que as conseqüências da violência cometida pelo parceiro sobre a saúde física das mulheres permitem que os profissionais de saúde obtenham melhor visão sobre o problema, facilitando a identificação dos serviços, onde as mulheres poderão ser assistidas para o tratamento. Conforme essa evidência, as mulheres que sofreram três tipos de violência, física, psicológica e sexual, são mais propensas a sofrer de uma doença crônica, isso facilita a identificação dos casos⁽³⁸⁾.

Na atenção primária, profissionais médicos referem que observam sintomas imprecisos, como dor no corpo, abdominal, cefaleia, tontura, insônia, perda de apetite e até mesmo pequenas mudanças na linguagem corporal de uma usuária que podem indicar algo que ela deseja revelar e exige mais privacidade. Para identificar, utilizam estratégias como questões sobre a vida e as relações pessoais da mulher, a partir disso, avaliam a situação e, em alguns casos, realizam questionamentos diretos sobre a violência⁽¹⁹⁾. Destaca-se em um estudo que o uso do instrumento espanhol

(Ferramenta de Triage de Abuso à Mulher-WAST) se mostrou altamente confiável, uma vez que foi capaz de discriminar mulheres abusadas e não abusadas⁽³⁹⁾. Além disso, para identificar os casos o profissional de saúde deve ter tempo suficiente para abordar o assunto e este precisa estar presente na formação profissional^(25,29).

Os fatores limitadores para a atenção à saúde das mulheres estão relacionados aos componentes da própria violência vinculados a pouca percepção da mulher sobre a violência sofrida⁽³²⁾; e à natureza doméstica e privada da violência contra as mulheres, que contribui para recusá-la como alvo assistencial^(15,36-37). Profissionais referem que há dificuldades de compreensão das orientações fornecidas às mulheres⁽¹⁵⁾.

As concepções e atuação dos profissionais limitam a atenção quando sustentadas em culpabilização e julgamento da mulher pelos profissionais^(12-13,15,19,24,30); bem como sentimentos negativos dos profissionais para lidar com o tema^(13,15,19,22-23,30); inabilidade para abordar às mulheres, discutir, gerenciar e encaminhar casos de violência doméstica cometidos pelo parceiro⁽²⁹⁾. Há desinformação da existência de serviços de saúde especializados⁽¹³⁾, tempo limitado dos profissionais e consultas pontuais^(15-16,19,29), restritas à detecção clínica da violência, que depende principalmente da presença de trauma físico e psicológico⁽²⁹⁾, o que implica em falta de registro dos casos repercutindo na invisibilidade da violência nos serviços^(15,25,31-35).

Alguns profissionais, sobretudo da atenção primária, dizem ter conhecimento de situações de violência em suas comunidades. No entanto, segundo eles, há distância entre tomar conhecimento das situações e reconhecê-las como referentes à assistência e intervir. O silêncio é visto como um problema só da mulher e não remetido para a responsabilidade também do profissional. A causa do problema, muitas vezes, permanece negligenciada pelas equipes, o que ocasiona persistência de danos físicos, psicológicos e sociais e a busca reiterada pelos

serviços. Em muitos dos casos em que o profissional optou por intervir, vê sua ação como pessoal ou, até mesmo, uma demonstração afetiva, e não profissional. Não reconhecendo nenhuma qualidade técnico-científica nesse agir; consideram tais ações deslocadas e ineficazes⁽¹⁵⁾. Assim, muitas vezes, a busca por vias mais rápidas, como a medicalização e recursos religiosos, faz com que os profissionais evitem o envolvimento com problemas tão dolorosos para as mulheres e tão complexos para a atuação profissional⁽⁴⁰⁾, limitando-se à abordagem clínica⁽³⁶⁾.

Outro fator que limita a atenção é a própria organização dos serviços evidenciada pelo tempo elevado de espera para o atendimento em serviços de saúde⁽²⁴⁾, pela ausência de instalações de atendimento especializadas⁽²⁹⁾, inexistência de treinamento específico sobre violência^(13,15), o que resulta em dificuldades na abordagem sobre o tema^(15-16,29). Profissionais referem perda de motivação e muitos limites para sua atuação, o que associam ao grande volume de atendimento e ao perfil dos usuários com expectativa de resolução rápida de seus problemas, enquanto a equipe buscaria efetivar uma rotina não só curativa, mas também de prevenção e promoção à saúde. Isso dificultaria a implantação de novos protocolos, inclusive de atendimento a casos de violência⁽¹⁾.

Assim, as dificuldades estruturais e a demanda essencialmente curativa gerariam entraves para que os profissionais promovessem mudanças no modelo de atenção^(15,36); além de ausências de profissionais de saúde nos serviços⁽⁴⁰⁾; dificuldades para sensibilizar os demais profissionais (não vinculados a serviços especializados); e realizar o acompanhamento das mulheres, especialmente nos prontos-socorros e unidades básicas de saúde, o que resulta em peregrinações das mulheres por diferentes serviços na busca por atendimento⁽¹³⁾. Outros fatores influenciam negativamente: pouca institucionalização das políticas e programas, acessibilidade e disponibilidade dos serviços e falta de conhecimento das mulheres sobre a existência das instituições^(20,35).

As contribuições deste estudo apontam para a identificação da violência como ponto de partida para a intervenção, para tanto, na abordagem, podem ser utilizadas questões sobre a vida e as relações pessoais da mulher. Por outro lado, há necessidade de comprometimento dos profissionais da saúde, ao entender a violência como um agravo inerente à saúde e que integra a atuação profissional, exigindo articulação multiprofissional e intersetorial.

Conclusão

Considerando a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública, a avaliação das evidências acerca dos fatores potencializadores e limitadores para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência apontou a premência da inclusão da temática como prioridade nas agendas governamentais e da gestão em saúde, a fim de que seja criada uma cultura institucional que proporcione subsídios aos serviços e profissionais de saúde a visibilizarem o problema. Para isso, torna-se necessário investir na formação profissional junto à academia proporcionando a visibilidade do tema, bem como a criação de estratégias de aprendizado para o trabalho humanizado, comprometido, multiprofissional e em rede.

O estudo indica que as concepções dos profissionais, alicerçadas em papéis tradicionais de gênero, constituem um entrave para atuar junto às mulheres. Destaca-se a necessidade de investir em instrumentalização dos profissionais, nas quais a temática de gênero seja transversal, o que ampliaria as possibilidades de identificação dos casos e acolhimento das mulheres.

As estratégias de triagem pelos profissionais de saúde, assim como protocolos de acolhimento e atendimento representam outro aspecto a ser incluído na dinâmica do trabalho em saúde. Além da possibilidade de realizar a transferência dessa mulher para outros serviços que integrem

a rede enfrentamento a esse tipo de violência. A invisibilidade da violência contra as mulheres aponta para a urgência de investimentos em notificação dos casos com a finalidade de dimensionar o problema, especialmente em países, como o Brasil, que dispõe de legislação específica para notificação compulsória.

As evidências também indicam que há possibilidades de atuar junto às comunidades no âmbito da prevenção da violência a partir do reconhecimento desta como um abuso aos direitos humanos. Nesse sentido, o agir em saúde torna-se potente uma vez que, os profissionais, muitas vezes, estão inseridos *in loco* no território onde essas mulheres estão alocadas, sendo possível desenvolver estratégias de comunicação e abordagem que contribuam com a promoção de relações equânimes entre mulheres e homens.

Destaca-se que os estudos incluídos nesta revisão representam parte da literatura frente à imensidão de produções referentes ao tema. No entanto, sua contribuição está no aprofundamento na identificação das evidências acerca do objeto estudado.

Colaborações

Cortes LF e Arboit J contribuíram para a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Padoin SMM e Paula CC contribuíram para revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Organização Pan-americana de Saúde (OPS). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC(USA): Organización Pan-americana de Saúde; 2002.
2. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. Saúde Soc. 2011; 20(1):113-23.

3. Brasil. 10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Convenção de Belém do Pará/Agenda Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento. Brasília: AGENDE; 2004.
4. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(3):625-31.
5. Chaves OBBM, França ISX, Souza FS, Oliveira MG, Leite CCS. Sexual violence against women: nurses' practice. *Rev Rene*. 2015; 16(2):210-7.
6. Vieira LB, Padoin SMM, Sousa IEO, Paula CC, Terra MG. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. *Aquichan*. 2013; 13(2):197-205.
7. Ribeiro CG, Coutinho MLL. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Psicol Saúde*. 2011; 3(1):52-9.
8. Vieira EM, Ford NJ, Ferran FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(3):681-90.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p.3-24.
11. Vertamatti MAF, Abreu LC de, Drezett J, Barbosa CP. Time lapsed between sexual aggression and arrival at the Brazilian health service. *J Hum Growth Dev*. 2013; 23(1):46-51.
12. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the health care system in domestic violence: what women want. *Ann Fam Med*. 2012; 10(3):213-20.
13. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botelho LFF, et al. The services for women victims of sexual violence: a qualitative study. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):376-82.
14. Reis MJ, Lopes MH, Higa R, Bedone AJ. Nursing care of women who suffered sexual violence. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2010; 18(4):740-7.
15. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1943-52.
16. Rhodes KV, Frankel RM, Levinthal N, Prenoveau E, Bailey J, levinson W. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. *Ann Intern Med*. 2007; 147(9):620-7.
17. Aguirre PD, Félix CS, Ma. PDG, Garrido CC, Mundaca LI, Watt MH, et al. Estrés posttraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2010; 48(2):114-22.
18. Sikkema KJ, Neufeld SA, Hansen NB, Mohlahlane R, Van Rensburg MJ, et al. Integrating HIV prevention into services for abused women in South Africa. *AIDS Behav*. 2010; 14(2):431-9.
19. Chibber KS, Krishnan S, Minkler M. Physician practices in response to intimate partner violence in southern India: insights from a qualitative study. *Women's Health*. 2011; 51(2):168-85.
20. Abeya SG, Afework MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in west Ethiopia: a qualitative study on attitudes, woman's response, and suggested measures as perceived by community members. *Reprod Health*. 2012; 20:9-14.
21. Viellas EF, Gama SG, Carvalho ML, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr*. 2013; 89(1):83-90.
22. Soares GS. Health professionals and legal abortion in Brazil: challenges, conflicts, and Meanings. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(Supl 2):399-406.
23. Rabin S, Kahan E, Zalewsky S, Rabin B, Herz M, Mehudar O, et al. Primary care physicians' attitudes to battered women and feelings of self-competence regarding their care. *Isr Med Assoc J*. 2000; 2(10):753-7.
24. Naved RT, Rimi NA, Jahan S, Lindmark G. Paramedic-conducted mental health counselling for abused women in rural Bangladesh: an evaluation from the perspective of participants. *J Health Popul Nutr*. 2009; 27(4):477-91.

25. Rodriguez M, Shoultz J, Richardson E. Intimate partner violence screening and pregnant Latinas. *Violence Vict.* 2009; 24(4):520-32.
26. McCloskey LA, Lichter E, Williams C, Gerber M, Wittenberg E, Ganz M. Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. *Public Health Rep.* 2006; 121(4):435-44.
27. Coker AL, Flerx VC, Smith PH, Whitaker DJ, Fadden MK, et al. Partner violence screening in rural health care clinics. *Am J Public Health.* 2007; 97(7):1319-25.
28. Coker AL, Flerx VC, Smith PH, Whitaker DJ, Fadden MK, et al. Intimate partner violence incidence and continuation in a primary care screening program. *Am J Epidemiol.* 2007; 165(7):821-27.
29. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health.* [Internet]. 2006 [cited 2015 Aug. 13]; 6:238. Available from:<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/238>
30. Pratt-Eriksson D, Bergbom I, Lyckhage ED. Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2014; 9:1-7.
31. Ramos CRA, Medicci VPG, Puccia MIR. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Invest Cienc Salud.* 2009; 27(1):22-7.
32. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(3):359-67.
33. Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P. Description of registration of episodes of gender violence in medical records in the Principality of Asturias, Spain. *Gac Sanit.* 2009; 23(6):558-61.
34. Pallitto CC, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. *Int Fam Plan Perspect.* 2004; 30(4):165-73.
35. Ynoub RC. Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(1):71-83.
36. Silva IV. Violence against woman: clients of emergency care units in Salvador. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(Suppl 2):263-72.
37. Odero M, Hatcher AM, Bryant C, Onono M, Romito P, Bukusi EA, et al. Responses to and Resources for Intimate Partner Violence: Qualitative Findings from Women, Men, and Service Providers in Rural Kenya. *J Interpers Violence.* 2014; 29(5):783-805.
38. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health.* 2007; 17(5):437-43.
39. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Med.* 2002; 15(2):101-11.
40. Almeida APF, Sousa ER, Fortes S, Minayo MCS. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2008; 8(1):83-91.