



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS FLORIANÓPOLIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ana Keila Soares

**Violências contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos e a sua
abordagem na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo**

Florianópolis

2024

Ana Keila Soares

Violências contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos e a sua abordagem na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Sheila Rubia Lindner, Dr(a)

Coorientadora: Fernanda Cornelius Lange, Me.

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Soares, Ana Keila

Violências contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos e a sua abordagem na Atenção Primária à Saúde : uma revisão de escopo / Ana Keila Soares ; orientadora, Sheila Rubia Lindner, coorientadora, Fernanda Cornelius Lange, 2024.

119 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Violência de gênero. 4. Violência por parceiro íntimo. I. Lindner, Sheila Rubia. II. Lange, Fernanda Cornelius . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Ana Keila Soares

Violências contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos e a sua abordagem na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado em 23/04/2024 pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof., Dr. Rodrigo Otavio Moretti-Pires, “UFSC”

Prof., Dr. Dalvan Antônio de Campos, “UNIPLAC”

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Sheila Rubia Lindner, Dr.(a) Orientador(a)

Prof. (a) Fernanda Cornelius Lange, Me. Coorientador(a)

Florianópolis, 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço à CAPES/CNPq e a FAPESC pelo apoio na elaboração desta pesquisa por meio da concessão de bolsa de estudos.

RESUMO

A violência contra as mulheres representa uma desigualdade no exercício de poder das relações conjugais da sociedade contemporânea. De acordo com o Anuário de Segurança Pública de 2022, ao menos 3 mulheres morreram por dia no Brasil por serem mulheres no ano de 2021. Entre 2016 e 2021 houve um crescimento de 44,3% de feminicídios, saltando de 929 casos em 2016 para 1341 casos em 2021. Historicamente os setores de segurança pública e justiça tiveram e têm assumido grande parte da responsabilidade em abordar a VPI. Entretanto, a complexidade do fenômeno mostra a necessidade da criação de políticas públicas amplas e do comprometimento de setores como a saúde no seu combate. A Atenção Primária à Saúde (APS) é ponto fundamental na construção dessa rede de enfrentamento. O presente trabalho tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre as abordagens da APS para situações de violência contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos, identificando estratégias utilizadas, fatores que interferem nessa abordagem e lacunas de conhecimento. Caracteriza-se como um estudo de revisão de escopo. Os estudos encontrados foram avaliados de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: estudos relacionados a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde; Estudos na perspectiva do profissional de saúde sobre a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde; Estudos na perspectiva dos usuários sobre a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde. Dois revisores realizaram a triagem dos estudos, em duas etapas, de forma independente. Foram selecionados 46 estudos. A análise dos dados foi realizada no Microsoft Excel®, onde foram tabulados os dados bibliométricos dos documentos selecionados. Foram coletados agrupamento de informações e síntese de conteúdos que respondessem aos objetivos da dissertação. Os achados apontaram para uma dificuldade de identificação da problemática pelas equipes e para dificuldades de abordagem do problema mesmo quando há a sua identificação. Poucos estudos deflagraram condutas profissionais capazes de conduzir o problema em direção a uma resolução. Foram identificados fatores citados como capazes de interferir e dificultar a abordagem da temática, tais quais sentimentos e emoções como o medo, impotência, insegurança e desamparo; a falta de formação e o despreparo profissional. A revisão demonstrou que a sobrecarga dos serviços, a limitação de tempo para atendimentos aos usuários, a imposição do cumprimento de metas moldadas pela lógica da produtividade e a alta rotatividade dos profissionais, impedem que os servidores ofertarem uma abordagem adequada as demandas de VPI. A revisão identificou estratégias citadas nos estudos que contribuem para a abordagem da VPI, dentre elas a promoção de espaço seguro, dispositivos como acolhimento e criação de vínculo, trabalho em equipe e o trabalho em rede. Os resultados apontam para a necessidade de resgatar a construção de uma APS robusta, onde os olhares voltem-se ao território e os profissionais de saúde tenham a segurança, estabilidade e a possibilidade de colocar em prática as estratégias capazes de contribuir para abordagem da temática.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Violência de gênero; Violência por parceiro íntimo; Violência doméstica.

ABSTRACT

Violence against women represents a factor of inequality when it comes to the exercise of power in marital relationships in contemporary society. According to the 2022 Brazilian Yearbook of Public Security, at least 3 women died every day in Brazil because they were women in 2021. Between 2016 and 2021, there was a 44.3% increase in femicides, going from 929 cases in 2016 to 1341 cases in 2021. Historically, the public safety and justice sectors had and still have taken on much of the responsibility for addressing intimate partner violence (IPV). However, the complexity of the phenomenon shows that broad public policies must be developed and that sectors such as health must be committed to tackling this issue. The Primary Health Care (PHC) is essential to build this coping network. The present work aims to analyze the scientific evidence regarding approaches used by the PHC in situations of violence against women caused by intimate partners, identifying the strategies used, the factors that interfere in this approach and the gaps in knowledge. It is characterized as a scoping review study. The studies found were evaluated according to the following eligibility criteria: studies related to the approach to intimate partner violence against women in Primary Health Care; studies on the approach to intimate partner violence against women in Primary Health Care from the perspective of health professionals; studies on the approach to intimate partner violence against women in Primary Health Care from the perspective of users. Two reviewers independently screened the studies, in two stages. 46 studies were selected. Data analysis was carried out in the Microsoft Excel® program, where the bibliometric data of the selected documents were tabulated. Sets of information that responded to the objectives of the dissertation were gathered and synthesized. The findings showed that the teams found it difficult to identify the problem and struggled to approach the issue even when it was identified. Few studies reported professional behaviors capable of leading the problem towards a resolution. Factors cited as capable of interfering and complicating the approach to the topic were identified, which included feelings and emotions such as fear, impotence, insecurity and helplessness; lack of training and professional unpreparedness. The review demonstrated that the overload of services, the limited time to assist users, the imposition of meeting goals shaped by the logic of productivity and the high turnover of professionals prevent public servants from offering an adequate approach to IPV demands. The review identified strategies mentioned in studies that can contribute to the approach to IPV, which include the promotion of a safe space, mechanisms such as embracement and bonding practices, teamwork and networking. The results point to the need for reestablishing a robust PHC, where attention is focused on the region to be served and health professionals have the required security, stability and possibility to put into practice strategies capable of contributing to the approach of the topic in question.

Keywords: Primary Health Care; Gender-based violence; Intimate partner violence; Domestic violence

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo ecológico de explicação da violência	18
Figura 2. Tipologia da violência.....	19
Figura 3. Ciclo da violência.	24
Figura 4. Linha do Tempo da trajetória de construção de Políticas Públicas brasileiras de combate a violência contra a mulher.	31
Figura 5. Fluxograma Prisma do processo de seleção dos estudos	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estratégias de Busca produzidas para as respectivas bases de dados.....	48
Quadro 2. Descrição dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre abordagem, na Atenção Primária à Saúde, da violência por parceiros íntimos contra a mulher (n=46)	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipos de estudos presentes na Revisão de Escopo.....	61
Gráfico 2. Número de estudos de acordo com seus respectivos anos de publicação.	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – ATENÇÃO BÁSICA

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

APS- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CID – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

CIDH – COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS

CNDM – CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA MULHER

CRAS – CENTROS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CREAS – CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

HIV – VÍRUS DA IMUNO DEFICIÊNCIA HUMANA

IST – INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

LMP – LEI MARIA DA PENHA

NASF – NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

PAISM – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PNAISM – PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA
MULHER

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PNS – PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

PSE-PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

SEDIM – SECRETARIA DO ESTADO DE DIREITO DA MULHER

SPM – SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES

SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

RE – REVISÃO DE ESCOPO

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

VD – VISITA DOMICILIAR

VPI – VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1	CONCEITUANDO VIOLÊNCIA.....	16
3.1.1	Violência: Definições e tipologias	18
3.2	VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	20
3.2.1	Ciclo da violência contra a mulher	23
3.2.2	Violência por parceiros íntimos	25
3.2.3	Panorama da violência por parceiro íntimo contra mulher no Brasil	27
3.2.4	Políticas Públicas	30
3.2.4.1	<i>Lei 11. 340/2006: Maria da Penha</i>	<i>32</i>
3.2.4.2	<i>Lei 13.104/2015: Feminicídio</i>	<i>34</i>
3.3	VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E O PAPEL DA SAÚDE COLETIVA.....	36
3.3.1	Políticas Públicas de Saúde.....	39
3.3.1.1	<i>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....</i>	<i>39</i>
3.3.1.2	<i>Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.....</i>	<i>40</i>
3.3.1.3	<i>Notificação Compulsória e a Lei 10.778.....</i>	<i>41</i>
3.4	REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	43
4	MÉTODO	46
4.1	BASES DE DADOS.....	47
4.2	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	47
4.3	DESCRITORES E ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	48
4.4	COLETA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS.....	61
5.2	A (NÃO) ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA POR PARCEIROS ÍNTIMOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	63
5.2.1	A não abordagem e o silenciamento.....	63

5.2.2	A abordagem.....	67
5.3	POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE PARA A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO.....	71
5.4	FATORES QUE INTERFEREM NA ABORDAGEM DA VPI	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	95
	ANEXO A – Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist.....	111
		112
	APÊNDICE A – PROTOCOLO DA REVISÃO DE ESTOPO PUBLICADO NA OSF.	113

1 INTRODUÇÃO

A violência, quando compreendida como um fenômeno sócio-histórico, é observada durante toda a trajetória da humanidade. Isso porque sua existência é relacionada ao modo de organização da sociedade, suas crenças e suas culturas. A sua conceituação é complexa, tendo em vista que ela é um fenômeno da ordem do vivido que permeia esferas, contextos, personagens, sentimentos, situações que podem ser descritos de diversas maneiras e que provocam ou são provocadas por fortes cargas emocionais de quem comete, de quem sofre e de quem as presencia (Minayo, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência contra mulher é qualquer ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada (Delziovo *et al.*, 2020a). Nota-se na conceituação trazida pela OMS a delimitação da violência enquanto baseada no gênero, isso porque a violência contra a mulher representa uma desigualdade no exercício de poder das relações da sociedade contemporânea. (Safiotti, 1994; Minayo, 2006; Cantera, 2007; Vasconcelos *et al.*, 2019; Amarijo *et al.*, 2020; Horta, 2020).

Sendo assim é imprescindível que a violência por parceiros íntimos (VPI) seja analisada à luz da perspectiva da desigualdade de gênero, da sua construção social e dos estereótipos impostos por ela (Minayo, 2006). Uma construção fortemente alicerçada na concepção de uma divisão social “natural” entre “macho” e “fêmea” e atravessada por marcadores sociais como classe social, raça/etnia, geração, religião, dentre outros (Vasconcelos *et al.*, 2019). O termo “violência por parceiro íntimo” diz respeito a violência cometida tanto no ambiente doméstico, mas também em qualquer relação íntima de afeto. Não está diretamente relacionado à coabitação dos envolvidos podendo compreender qualquer tipo de violência: física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e ou comportamento controlador. Esse tipo de violência pode ocorrer em ambos os sexos, inclusive em parceiros do mesmo sexo, entretanto estudos apontam sua maior ocorrência contra mulheres (Krug *et al.*, 2002; Coelho; Silva; Lindner, 2014; Fidan; Bui, 2015; Minayo 2020).

De acordo com o Anuário de Segurança Pública de 2022, ao menos 3 mulheres morreram por dia no Brasil por serem mulheres no ano de 2021. Entre 2016 e 2021 houve um crescimento de 44,3% de feminicídios, saltando de 929 casos em 2016 para 1341 casos em 2021. O Anuário mostra que as mulheres são vítimas de feminicídio em todas as faixas etárias, com prevalência na fase reprodutiva, tendo como principal autor o companheiro/ex-

companheiro (81,7%) e em sua maioria ocorrendo dentro das residências, (65,5%) (FBSP, 2022).

De acordo com relatório da pesquisa “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil” do ano de 2021, realizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e DataFolha, uma a cada quatro mulheres com mais de 16 anos relataram casos de violência, correspondendo a cerca de 17 milhões de mulheres. Deste número, cerca de 72,8% afirmaram que o autor da violência era conhecido, reforçando o caráter de violência doméstica e intrafamiliar. Com relação ao local de agressão 48,8% das vítimas relataram que a violência mais grave vivenciada ocorreu dentro de casa. Nas últimas três edições da pesquisa (2017, 2019 e 2021), esses fatores permaneceram estáveis: as mulheres sofrem mais violência dentro de casa e os autores são em sua maioria conhecidos (FBSP, 2021).

Historicamente os setores de segurança pública e justiça tiveram e têm assumido grande parte da responsabilidade em abordar a VPI. Entretanto, a complexidade do fenômeno mostra a necessidade da criação de políticas públicas amplas e do comprometimento de setores como os da assistência social e saúde coletiva no seu combate. Essa rede de enfrentamento deve ser composta por instituições governamentais, não governamentais e comunidade, em busca de políticas de prevenção, garantia dos direitos humanos e construção de um novo espaço e lugar para a mulher na sociedade (Minayo, 2006; Brasil, 2011a; Delziovo *et al.*, 2022b).

No âmbito da saúde coletiva, a Atenção Primária à Saúde (APS), representando a base do sistema de saúde e estando disseminada territorialmente, mostra-se como ponto fundamental na construção dessa rede de enfrentamento. A APS, do modo como foi idealizada e cumprindo com seus princípios/diretrizes deve estar atenta às demandas do território e ser capaz de contribuir com a comunidade no sentido de prevenir eventos violentos. Sendo porta de entrada do sistema, deve ser capaz de acolher casos de VPI proporcionando abordagem qualificada na perspectiva da vítima e do agressor, dando os devidos encaminhamentos e tratamentos aos casos do território. Os profissionais devem compreender a violência como um fenômeno importante e relativo a saúde coletiva, que deve ser abordado de forma consistente e qualificada pelo setor (Brasil, 2017; Schraibei; Barros; Castilho, 2010; Coelho *et al.*, 2014; Meneghel; Portella, 2017; Lindner *et al.*, 2019).

Estudos demonstram que a Unidade Básica de Saúde (UBS) tem sido um dos locais mais procurados por mulheres em situação de violência, entretanto ela geralmente surge como demanda implícita (Holanda, *et al.*, 2017; Rosa *et al.*, 2018). Um estudo transversal realizado no contexto da AB de São Paulo identificou maior uso de serviços de saúde por parte das mulheres que experimentam ou já experimentaram violência por seus parceiros íntimos e

confirmou ainda que esse maior uso está diretamente relacionado à gravidade e repetição da situação de violência (Schraibe; Barros; Castilho, 2010).

Entretanto, a invisibilidade da VPI acaba proporcionando uma primeira dificuldade em sua abordagem. Não é raro os casos em que a mulher, por diversos motivos, não informa sobre a situação, mesmo quando busca o serviço por queixas decorrentes deste contexto. Estudos apontam que profissionais de saúde têm apresentado dificuldade em identificar a VPI e, quando identificada, em abordá-la. Dessa forma o setor saúde, por vezes, atende à dimensão material/biológica que emerge como consequência da violência, mas parece apresentar falhas na abordagem da real raiz do problema (Minayo, Souza; 1998; Kind *et al.*, 2013; Rosa *et al.*, 2018; Amarijo *et al.*, 2020; Delziovo *et al.*, 2022b).

Compreendendo o contexto supracitado, entendendo a necessidade de aprofundamento dessa discussão no âmbito da APS e da necessidade da produção de conhecimentos que contribuam para elucidação dos entraves na prática, o presente trabalho busca responder a seguinte pergunta: Como a literatura científica apresenta as abordagens da Atenção Primária à Saúde brasileira para situações de violência por parceiros íntimos contra as mulheres?

Sendo a violência contra as mulheres perpetrada por parceiro íntimo um fenômeno com incidência em todo o Brasil, e que permeia o dia a dia da Estratégia de Saúde da Família, é urgente a produção de estudos que se proponham a desnudá-lo. Acredita-se, portanto, que um estudo de revisão seja capaz de deflagrar, através dos conhecimento científicos publicados, o cenário em questão, possibilitando uma compreensão consistente acerca das abordagens realizadas pela APS voltadas para as violências provocadas por parceiros íntimos contra as mulheres, as possíveis estratégias utilizadas e ainda os entraves encontrados no processo de trabalho para que ela aconteça. Ademais acredita-se que através da metodologia escolhida, tona-se possível mapear as evidências científicas existentes sobre a temática, traçando caminhos possíveis para a abordagem do problema pela APS brasileira. Além da descoberta de lacunas de conhecimento que poderão sugerir novos estudos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as evidências científicas sobre as abordagens da APS para situações de violência contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como tem sido abordada a violência contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos na APS.
- identificar estratégias utilizadas para a abordagem da violência contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos na APS.
- Analisar fatores que interferem na abordagem da violência contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos pela APS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONCEITUANDO VIOLÊNCIA

Observando a trajetória da humanidade pode-se dizer que a violência tem se apresentado como um fenômeno contínuo e de grande impacto. Não há uma sociedade se quer que tenha estado totalmente isenta dos seus efeitos, podendo-se afirmar, portanto, que a violência é, fundamentalmente, um problema social, antes mesmo de se tornar um problema médico típico. Alguns dos seus impactos são facilmente perceptíveis e outros estão intimamente enraizados no tecido social, cultural e econômico da vida humana contemporânea (Minayo; Souza, 1998; Dahlberg; Krug, 2007; Minayo, 2020).

Sendo um fenômeno complexo e multicausal, produzindo reflexos imensuráveis em quem a comete, sofre e ou a vivência, dificulta uma conceituação precisa e cabal. Minayo e Souza, já em 1998, alertavam que qualquer reflexão teórico-metodológica desse objeto deva pressupor o reconhecimento da sua complexidade, polissemia e controvérsia (Minayo; Souza, 1998; Minayo, 2020).

De acordo com as autoras Minayo e Souza (1998, p. 514) “a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”. E é a interpretação da sua pluralidade, um dos problemas principais da temática. Há quem sustente a ideia de que a violência seja fruto das necessidades biológicas, psicológicas ou sociais, subordinando a questão a determinações da natureza. Há ainda, quem compreenda-a como um fenômeno apenas social provocado pela dissolução da ordem, pela vingança dos oprimidos ou ainda pela fraqueza do Estado. Entretanto, percebe-se que há uma dialética que contempla o indivíduo e a sociedade, sem uma perspectiva de superioridade, compreendendo a complementaridade dinâmica do biológico, psicológico, do social e do hereditário adquirido. A conjunção dialética entre essas facetas inscreve-se no emocional do ser humano, sendo que suas ações serão fruto das suas condições sociais e de suas particularidades biológicas (Minayo; Souza, 1998; Coelho; Silva; Lindner, 2014).

A Organização Mundial da Saúde define a violência como: o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 1996). Para Dahlberg e Krug (2007) essa definição associa a realização do ato violento independentemente do resultado produzido e ainda, ao trazer o uso do “poder”, expande o conceito usual incluindo atitudes que resultam de relações de poder, tais como negligência e omissão. Acaba por refletir a necessidade observada

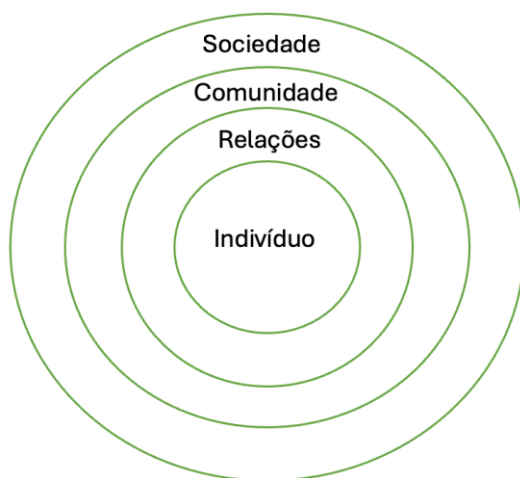
pelo meio científico de incluir a violência que não produza necessariamente ferimentos físicos ou morte.

Dahlberg e Krug (2007) trazem aspectos importantes referente a intencionalidade de atos violentos. Há necessidade de se compreender que a intenção de usar da força não significa necessariamente a intenção de causar dano, o que significa dizer que existe uma enorme disparidade entre comportamento intencional e consequência intencional. Existe ainda a necessidade de compreender a carga cultural em que os atos violentos estão submersos. É possível que determinada população acredite que comportamentos tais como o homem bater na esposa sejam culturalmente aceitáveis. Entretanto, a medida em que o conceito expresso pela OMS define violência como um objeto que diz respeito à saúde e ao bem-estar dos indivíduos, mesmo que atos como esse sejam culturalmente aceitos, são considerados violência pela conceituação.

Como dito, não existe um único fator capaz de explicar por que alguns indivíduos se comportam violentamente. O modelo ecológico de explicação da violência (figura 1) propõe a compreensão dela como resultado da interação complexa entre fatores individuais, relacionais, sociais, culturas e ambientais (Dahlberg; Krug, 2007).

Esse modelo foi descrito na década de 70 e usado inicialmente para explicar situações de abuso infantil e juvenil. Atualmente vem sendo usado para compreensão da violência por parceiros íntimos e violência contra idosos. Traz consigo a ideia da violência como fruto de níveis de influência sobre o comportamento. Em primeiro nível tem-se fatores individuais que aumentam a probabilidade de o ator ser vítima ou agressor, tais quais: impulsividade, nível educacional, abuso de substância, história passada de violência. O segundo nível expressa as relações entre companheiros, parceiros íntimos, família, dentre outros, e que determinam inclusive a frequência a possibilidade de repetição dos ataques violentos. O terceiro nível explora aspectos comunitários onde estão inseridas as relações sociais, tais como alto nível de mobilidade residencial, heterogeneidade, alta densidade populacional, tráfico de drogas, altos níveis de desemprego, isolamento social. O quarto nível expressa a sociedade e aspectos relacionados à existência de violência, tais como: cultura da resolução de conflitos por atos violentos, normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança, a lógica do domínio do masculino sobre mulheres e crianças, normas que fixam o uso excessivo de força policial, o apoio ao conflito político, dentre outros. É nessa esfera ainda que estão contempladas políticas de saúde, educação, economia e desigualdades econômicas/sociais entre grupos (Dahlberg; Krug, 2007).

Figura 1. Modelo ecológico de explicação da violência



Fonte: adaptado de Dahlberg; Krug, 2007.

3.1.1 Violência: Definições e tipologias

De acordo com Dahlberg e Krug (2007) conceitualmente os tipos de violência podem ser divididos em três grandes categorias determinadas por características daqueles que a cometem:

- Violência auto infligida: subdivide-se em comportamento suicida (tentativas de suicídio) e agressão auto infligida (automutilação);
- Violência interpessoal: divide-se em violência intrafamiliar e violência por parceiros íntimos; e violência na comunidade onde os atores podem ou não se conhecerem;
- Violência coletiva: que se subdivide em social, política e econômica.

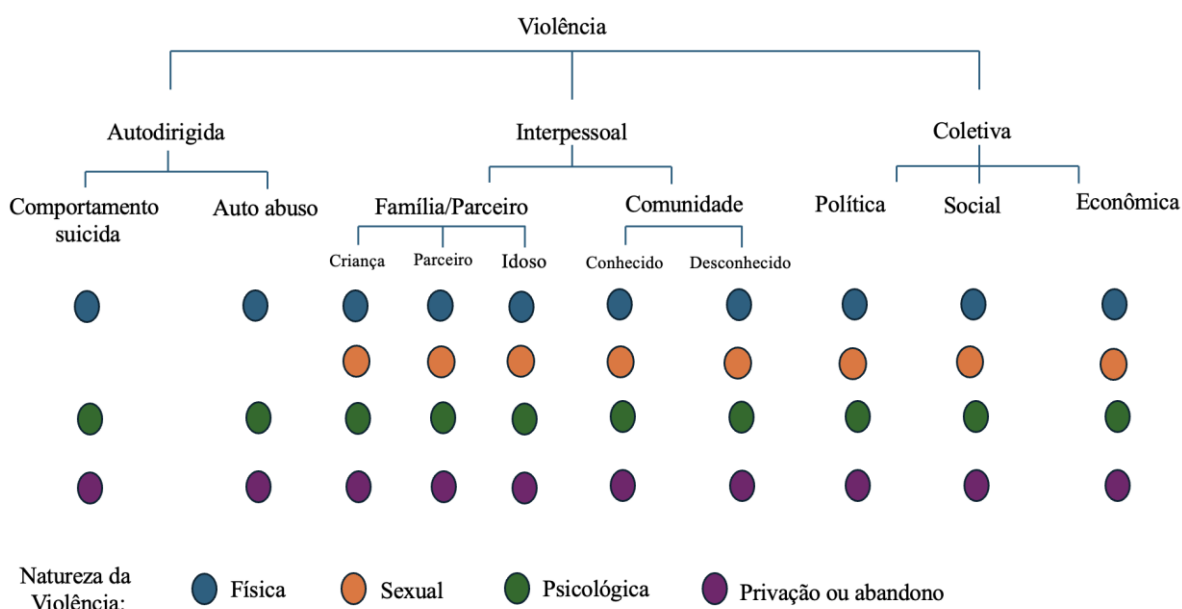
Minayo (2006) soma às categorias descritas a violência estrutural que trata de processos sociais, políticos e econômicos que se “cronificam” pela fome, miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia. Um tipo de violência que se perpetua nos processos sócio-históricos, naturaliza-se na cultura e gera privilégios e formas de dominação. Esse tipo de violência é citado pela autora como a base para as demais violências descritas. É o ponto de partida à violência do comportamento e encontra-se em estruturas organizadas e institucionalizadas da família em sistemas econômicos, culturais e políticos responsáveis pela opressão de grupos, classes, nações e indivíduos.

Os tipos de violência são ainda divididos de acordo com a natureza de seus atos. Sendo elas: física; sexual, psicológica; ou relacionada a abandono ou privação. Essa maneira de

conceituar violência (figura 2), levando em consideração quem a produz e a natureza de seu ato, embora não universalmente aceita, permite a compreensão da complexidade da violência perpetrada no mundo. Possui, entretanto, fragilidades quando transferida para prática, visto que nem sempre é possível visualizar linhas divisórias tão claras relacionadas às diferentes tipologias (Dahlberg; Krug, 2007; Minayo, 2006; Coelho; Silva; Lindner, 2014).

O abuso físico significa o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades e costuma ocorrer em todos os ambientes sociais. A categoria abuso psicológico nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou, isolá-la do convívio social. O abuso sexual diz respeito ao ato ou ao jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Negligências, abandonos e privação de cuidados são formas de violência caracterizadas pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados (Dahlberg; Krug, 2007).

Figura 2. Tipologia da violência.



Fonte: adaptado de Dahlberg; Krug, 2007.

Levando em conta a conceituação descrita acima, o próximo tópico explorará a teoricamente a violência contra a mulher e mais especificamente a violência por parceiro íntimo contra a mulher.

3.2 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

De acordo com a conceituação trazida pela Organização Mundial da Saúde, violência contra mulher trata-se de qualquer ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada (Delzियो *et al.*, 2020a). Essa conceituação enfatiza a necessidade de compreender a violência da contra mulher sob a ótica da perspectiva de gênero. Ou seja, compreendendo que ela está intimamente entranhada nas relações de poder e as diferentes características culturais atribuídas, historicamente, a cada um dos sexos (Minayo, 2006).

Dessa forma, é importante pontuar que a violência de gênero é a violência de maior incidência sobre pessoas do sexo feminino e é uma condição explícita de violação dos direitos humanos. Segundo Minayo (2006 p. 93): “A violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias”. Estimativas sugerem que a violência de gênero mate mais mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras (Minayo, 2006).

A desigualdade de gênero é a estrutura que mantém a violência de gênero contra as mulheres, ela está fortemente alicerçada na concepção de uma divisão social “natural” entre “macho” e “fêmea” e atravessada por marcadores sociais como classe social, raça/etnia, geração, religião, dentre outros (Vasconcelos *et al.*, 2019). Tal dicotomia foi historicamente construída e reforçada por documentos como a bíblia ou ainda estudos que buscam a defesa da “supremacia biológica do macho” ou da “inevitabilidade do patriarcado” (Cantera, 2007). Segundo Simone de Beauvoir (2019, p.19): “legisladores, sacerdotes, filósofos, escritores e sábios empenharam-se em demonstrar que a condição subordinada da mulher era desejada no céu e proveitosa à terra”.

Gênero é um construto cujo significado só é compreensível na contraposição às noções de “sexo” e “sexualidade”. Sexo refere-se ao fato biológico da anátomo-fisiologia, a palavra deriva do latim “sexus” que significa separar/dividir, sendo responsável pela divisão homem/mulher e é alicerce da ciência biomédica para determinar padrões, que quando não se encaixam, determinam o desvio/patológico. Já gênero é a correspondência cultural do sexo, diz respeito as relações de poder, aos padrões (gestos, comportamentos, atitudes, modos de agir e de se comportar), valores, papéis e funções dessa ordem binária, construídos socialmente e impostos culturalmente. (Minayo, 2006; Cantera, 2007; Taquette, 2007; Vasconcelos *et al.*, 2019).

O que a construção histórica traduz é a ideia fortemente enraizada de estereótipos de uma masculinidade atrelada a um macho caçador/provedor e uma feminilidade ancorada em funções reprodutoras. Uma ideia que dá solo fértil e consolida não apenas a divisão social (de maneira dicotômica e avessa a subjetividade dos sujeitos) mas ainda a divisão social do trabalho, onde o destino natural do homem adulto é o trabalho e o da mulher o ambiente doméstico. Nesse fluxo de pensamento, o reconhecimento cultural seria apenas algo predeterminado pela “natureza dos fatos”. Uma lógica em que se respeita a ordem familiar hierárquica, a concentração de poder, a autoridade do pai, a distribuição de papéis. E é essa ordem familiar o paradigma e suporte para a ordem econômica, social, política e cultural que rege o patriarcado (Cantera, 2007). De acordo com Cantera (2007, p.23):

“Patriarcado consiste em um modo de organização sociocultural no qual o domínio dos homens estrutura a totalidade das relações sociais que se estendem desde a família e a tribo até a comunidade, a sociedade e o Estado e no qual a perspectiva de gênero domina o modo de perceber, de construir e de administrar a realidade social e determina uma precisa divisão de papéis “masculinos” e “femininos”.

Mas é também o conceito de gênero que nos permite pensar que nem todos os homens e nem todas as mulheres são iguais. Existem, de fato, características iguais, aspectos em comum, entretanto existem diversos grupos de homens e de mulheres. Respeitando a subjetividade pode-se compreender que cada um e cada uma vive como homem/mulher de modos particulares, vivendo a feminilidade e a masculinidade de maneiras também distintas. E todas as “formas” de viver modificam-se durante a vida e a partir das vivências experienciadas (Vasconcelos *et al*, 2019). Historicamente o conceito de gênero vem sendo utilizado pelas linhas feministas como arma teórica contra a invenção ideológica do determinismo biológico dos sexos que impõe essas relações de poder. As diferentes vertentes do feminismo entendem que tais diferenças sexuais não justificam a existência da desigualdade de gênero. É nessa perspectiva de Simone de Beauvoir alerta que é apenas à luz de um contexto ontológico, econômico, social e psicológico que se pode esclarecer os dados da biologia. O corpo da mulher é um dos elementos essenciais da situação que ela ocupa no mundo, mas ele só tem realidade vivida no seio da sociedade, a biologia por si só não basta para fornecer respostas, é imprescindível que se compreenda como a natureza foi revista através da história (Cantera, 2007; Beauvoir, 2019; Vasconcelos *et al*, 2019).

A expressão violência de gênero foi amplamente impulsionada pelos importantes movimentos sociais e pela força do movimento feminista na segunda metade do século XX. Buscou-se a desconstrução das raízes culturais que determinam a inferioridade feminina e

alicerçam o patriarcado; buscou-se pressionar a mudança das legislações que formavam um aparato jurídico para a dominação masculina; buscou-se denunciar e desnaturalizar as diversas formas de violência contra a mulher, tirando-as do âmbito do segredo doméstico; buscou-se ainda a construção de novas bases de relação através de novas atitudes interpessoais (Minayo, 2006).

Apesar disso, autores como Delziovo *et al* (2022b) sinalizam que mesmo com tantos tensionamentos ligados aos movimentos sociais feministas, ainda não houve mudanças significativas em relação às razões que continuam a justificar a persistência da violência de gênero fortemente atrelada a argumentação de que a mulher não tem cumprido seu “papel” social. Estudos feministas têm reconhecido o patriarcado como um dos pilares da violência contra a mulher. De acordo com os autores (Delziovo *et al*, 2022b, p. 12): “se a luta dos movimentos feministas foi tornar pública a violência sofrida pelas mulheres, no sentido de reconhecê-la como problema que envolve a sociedade no geral, observa-se que o poder da família ainda a silencia”.

Como prova disso, diversos estudos demonstram que tanto países industrializados quanto países emergentes possuem listas consistentes de situações de violência baseada em gênero e que tais eventos ocorrem em virtude da: não obediência ao homem, ao retrucar, não preparar a comida, não cuidar de forma adequada da criança e ou da casa, questionar o homem, ir a algum lugar sem permissão ou por suspeitas de infidelidade. Estudos mostram ainda que essa noção de honra masculina e castidade feminina imposta pelo patriarcado é entendida como correta. Em países emergentes as mulheres concordam que o homem tem o direito de disciplinar a esposa inclusive com força, se necessário. No Egito, mais de 80% das mulheres rurais acreditam que surras são justificáveis em determinadas circunstâncias. Em partes do Mediterrâneo Oriental a honra do homem está ligada a “pureza” sexual das mulheres da família, se a mulher tiver sua castidade “violada” por se envolver com alguém ou até mesmo por ter sido estuprada ela deve ser castigada, e em algumas dessas sociedades a única forma de limpar a honra da família é matando a mulher dita como “criminoso”. Não é difícil perceber sociedades que fazem distinções entre motivos “justos/aceitáveis” e “injustos/inaceitáveis” para abusos e violências. E mesmo quando a própria cultura garante ao homem um significativo controle do comportamento feminino, não é incomum que eles ultrapassem a norma (Krug, 2002).

Essa lógica social imposta tem função importante no sentido de ocultar a violência contra mulher, a sociedade não visualizando as contradições presentes nesse modo de se relacionar e viver, não consegue, por consequência, indignar-se ou contrapor os milhares de

casos que violência contra mulher, que são “justificados” a partir de premissas patriarcais (Cantera, 2007).

Dado o acima exposto, é importante que se tenha em mente que a busca por uma construção social que nos permita, enquanto sociedade, compreender que a violência contra a mulher é inaceitável, necessita obrigatoriamente da nossa capacidade e disposição de análise de toda a questão através das lentes de gênero (Marques *et al*, 2019).

Esse tópico tratará da temática dando ênfase ao ciclo da violência, ao cenário da violência provocada por parceiros íntimos e ao processo histórico de construção de políticas públicas para abordagem do problema.

3.2.1 Ciclo da violência contra a mulher

O ciclo da violência foi uma das maneiras encontradas para descrever teoricamente a violência contra a mulher, proposto por Lenore Walker (psicóloga), no ano de 1979, a partir da sua prática clínica no atendimento de mulheres violentadas. A autora propôs a explicação através do reconhecimento das fases da violência, nem todas sendo marcadas pela violência física de fato. Lenore sinaliza a importância do reconhecimento das fases no sentido de interromper o processo e prevenir a agressão física. De acordo com a teoria, o ciclo é composto por 3 fases (figura 3) que variam na intensidade e no tempo (Walker, 1979; Brasil, 2002a):

Fase um - Aumento da tensão: onde ocorrem situações violentas (em sua maioria violência psicológica). A mulher nega sua raiva e atribui a algo externo o motivo dos conflitos, tentando acreditar que possui controle sobre a situação. O parceiro age de forma opressora, ciumenta, possessiva e tende a interpretar os atos da parceira de maneira equivocada.

Fase dois - O incidente agudo da violência: Fase curta, imprevisível e de difícil controle. Ações violentas de maior gravidade acontecem, pois, a raiva do parceiro toma proporções maiores e ele não controla seu comportamento, o parceiro age na lógica de dar "uma lição" e termina quando acredita que a parceira "aprendeu a lição". A mulher apresenta sentimentos de terror, raiva, ansiedade, inutilidade e busca um lugar seguro.

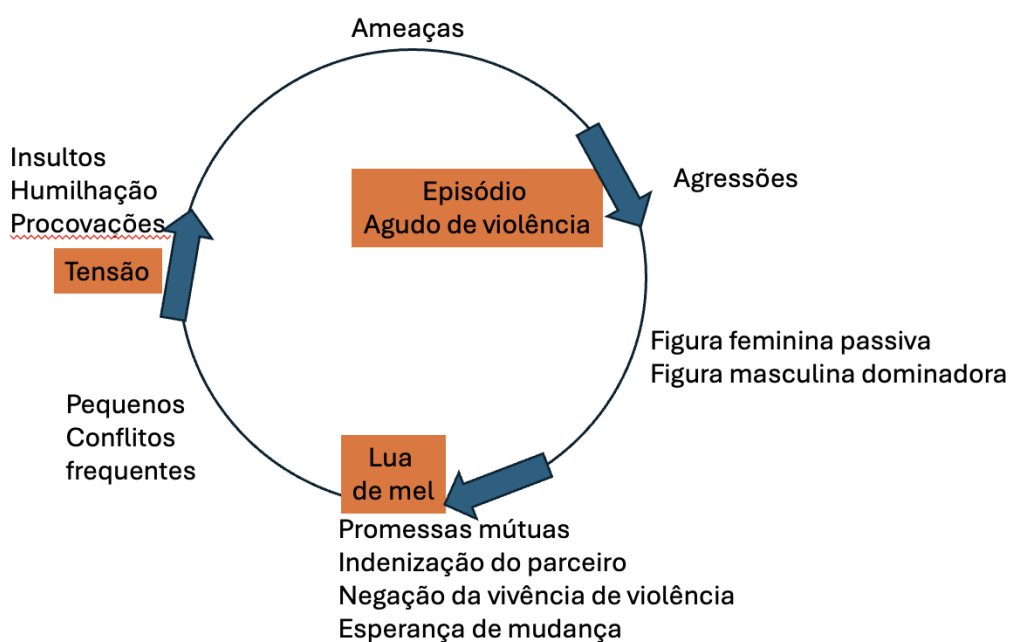
Fase três - o apaziguamento/lua-de-mel: O agressor, sabendo da inadequação do seu comportamento, busca meios de se desculpar. Trata a parceira de forma carinhosa, pede perdão, promete mudanças e a não repetição do episódio. Acaba por predominar, nessa fase, a imagem idealizada da relação.

Esse é um ciclo com padrão de comportamento de alta complexidade e intensidade, onde a dominação propicia condições em que o homem se sente cada vez mais legitimado a fazer uso da violência e são diversos os motivos pelos quais as mulheres permanecem nesse contexto. Walker (1979, p.43) explicita a complexidade do ciclo ao mencionar a dificuldade em rompê-lo: “muitas ficam por causa da dependência econômica, legal e social. Outras têm medo de partir porque não têm para onde ir. A polícia, os tribunais, os hospitais e os serviços sociais não lhes oferecem proteção adequada”. Para Marques *et al.* (2019) dois motivos se destacam: o desequilíbrio de poder que resulta na progressiva incapacidade da mulher em viver e ser independente do dominador, seja através da dominação física, financeira e ou psicológica; e a intermitência do abuso, onde as fases calmas e amorosas se contaminam pela violência e acabam por criar o paradigma da teoria do reforço intermitente, com padrões de comportamento persistentes e difíceis de serem rompidos.

Para Safiotti (2004, p. 79):

...a violência doméstica ocorre numa relação afetiva cuja ruptura demanda, via de regra, intervenção externa. Raramente uma mulher consegue desvincular-se de um homem violento sem auxílio externo. Até que este ocorra, descreve uma trajetória oscilante com movimentos de saída da relação e de retorno a ela. Este é chamado ciclo da violência, cuja utilidade é meramente descritiva. Mesmo quando permanecem na relação por décadas, as mulheres reagem a violência, variando muito as estratégias. A compreensão deste fenômeno é importante, porquanto há quem as considere não-sujeitos e por via de consequência, passivas.

Figura 3. Ciclo da violência.



Fonte: adaptado de Brasil, 2002a.

Outro modelo teórico, que busca conceituar a violência contra a mulher através de uma espiral, foi descrito por estudo qualitativo realizado em Portugal com 28 mulheres

sobreviventes de violência por parceiros íntimos. Através dele observou-se um processo de transição desenvolvido em dois períodos com quatro fases. O período 1 composto pelas fases de entrada e de manutenção; e o período 2 com a fase de decisão de saída da relação e a de reequilíbrio. O marco disruptivo da trajetória dessas mulheres foi a tomada de decisão em abandonar a relação. Segundo a autora tais fases são sequenciais, mas não são estanques, lineares ou exclusivas. A transição das mulheres entrevistadas oscilou entre quatro e trinta e nove anos desde a entrada ao (re)equilíbrio, caracterizando-se de forma espiral, oscilando entre o quereres (poder) autodeterminar-se numa vida livre da VPI. A transição mostrou-se longa, repleta de ambivalências, sofrimento e com necessidade de muita força e autodeterminação para que se tomasse a decisão de saída. Mostrou-se ainda atravessada por diversas questões de gênero que sustentam a desigualdade de poder (Leitão, 2014).

3.2.2 Violência por parceiros íntimos

Enquanto homens possuem uma grande probabilidade de serem vítimas de agressões por pessoas que não contemplam seu círculo social, para as mulheres a situação é inversa. Diversos estudos comprovam que a forma mais comum de violência contra a mulher é a praticada por um marido ou parceiro íntimo. O termo “violência por parceiro íntimo” diz respeito a violência cometida tanto no ambiente doméstico, mas também em qualquer relação íntima de afeto. Não está diretamente relacionado à coabitação dos envolvidos e como citado anteriormente pode compreender qualquer tipo de violência: física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e ou comportamento controlador. Esse tipo de violência pode ocorrer em ambos os sexos, inclusive em parceiros do mesmo sexo, entretanto as mulheres parecem ser as mais vitimizadas especialmente em virtude de sociedades com desigualdades importantes entre homens e mulheres (Krug *et al.*, 2002; Coelho; Silva; Lindner, 2014; Fidan; Bui, 2015; Minayo 2020).

Neste sentido, a violência por parceiro íntimo se diferencia da terminologia “violência doméstica”. Essa segunda, proveniente do feminismo dos anos 1960 e muito utilizada no contexto inglês e norte-americano, apresenta limitações pois traz, em si, conotação social e espacial restringida, e acaba por não incorporar a violência que pode ocorrer para além do ambiente doméstico. Apesar dessa pontuação é válido ressaltar que o ambiente doméstico é o principal local de ocorrência das violências perpetradas contra a mulher e como já dito, com familiares e parceiros íntimos sendo os principais agressores. Esse ambiente, que poderia representar refúgio contra agressões e ameaças, que pode proteger a individualidade e a

privacidade, é também o lugar em que a violência acontece e favorece que essas violências sejam pensadas como pertencentes ao âmbito particular, reforçando o famoso estigma de que “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” (Walker, 1979; Cantera, 2007; Lira; Costa, 2020)

Apesar da dificuldade de compreender de fato o que determina fator de risco para que esse tipo de violência aconteça, alguns autores têm trabalhado nesse sentido. Krug *et al.* (2002) trazem os seguintes fatores:

A VPI traz consequências importantes para a saúde de quem a sofre. Entre os anos de 2000 e 2003 a Organização Mundial da Saúde (OMS), realizou estudo em 10 países, entrevistando 24.097 mil mulheres entre 15 e 49 anos, com objetivo de explorar a magnitude e as características de diferentes formas de violência perpetrada por parceiros íntimos do sexo masculino e avaliar até que ponto a violência física e sexual por parceiros íntimos está associada a uma série de problemas de saúde. Nos países onde as entrevistas aconteceram, as mulheres com histórico de VPI eram significativamente mais propensas a relatar saúde geral ruim. Os resultados mostraram ainda associação positiva entre histórico de violência e sintomas específicos de problemas de saúde. Observou-se que existiam associações significativas entre violência relatada e problemas de saúde específicos autorreferidos. Além disso o estudo mostrou que mulheres que sofreram violência física ou sexual, ou ambas, eram significativamente mais propensas a pensar em suicídio (Ellsberg *et al.*, 2008).

Estudo de revisão sistemática com metanálise realizado pela OMS descreveu a magnitude da associação entre violência física e ou sexual por parceiro íntimo e diversos resultados de saúde para as vítimas, dentre eles: incidente de infecção por HIV, incidente de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), aborto induzido, baixo peso ao nascer, parto prematuro, restrição de crescimento no útero e/ou para idade gestacional, uso de álcool, depressão e suicídio, ferimentos e morte por homicídio. De acordo com o documento, mulheres que sofreram VPI têm taxas mais altas de problemas de saúde importantes e comportamentos de risco quando em comparação com mulheres que não tiveram tal experiência. Essas mulheres têm 16% mais chance de ter um bebê com baixo peso ao nascer, tem duas vezes mais probabilidade de aborto induzido, duas vezes mais chance de sofrer depressão, em algumas regiões 1,5 vezes mais chances de adquirir o HIV e 1,6 vezes mais chances de contrair sífilis (WHO, 2013).

O tópico a seguir retratará o cenário brasileiro no que se refere a violência por parceiros íntimos, evidenciando dados que podem traduzir o contexto e a gravidade desse fenômeno atualmente na vida das mulheres brasileiras.

3.2.3 Panorama da violência por parceiro íntimo contra mulher no Brasil

O Brasil tem sua história entranhada em fenômenos violentos, intimamente relacionados à forma com a qual foi colonizado e se desenvolveu. Alguns autores inclusive defendem a ideia de que a origem do país se dá como fonte de um estupro, em que homens chegaram as terras brasileiras dispostos a violentar tribos indígenas. Sem compreenderem a realidade dos povos originários, os portugueses buscavam em mulheres indígenas uma forma de satisfazer o seu prazer (Minayo, 2006).

De acordo com Minayo (2006, p.27):

A ausência de sintonia cultural, moral e espiritual entre um povo que chega como dominador e inicia uma miscigenação com o povo que aqui se encontra constitui o sentimento mais profundo que alimenta os vários tipos de segregação e crueldade que persistem na experiência nacional de quinhentos anos, sobretudo, contra a população pobre.

Dessa forma, o que se sabe é que, independente da época, a violência sempre esteve presente em território brasileiro. Evidente que se tem observado avanços históricos no sentido dos questionamentos da lógica socialmente imposta, sendo perceptível um tensionamento social e uma importante movimentação em favor da desnaturalização, desprivatização, desindividualização, desbiologização, desnormalização da violência contra mulher, entretanto o retrato ainda é alarmante (Cantera, 2007).

Algumas pesquisas retratam esse cenário, dentre elas a realizada pela OMS, no ano de 2013 onde estimou-se que 30,0% das mulheres de todo o mundo já haviam sido vítimas de violência praticada pelo parceiro íntimo (WHO, 2013). Especificamente no Brasil, estudo também realizado pela OMS, entre os anos de 2000 e 2003, deflagrou que 36,9% das mulheres residentes em área rural e 28,9% das mulheres residentes urbanas reportaram ter sofrido VPI sexual e/ou física pelo menos uma vez na vida e mais de 15% das mulheres relataram que lesões como consequência da violência aconteceram mais de cinco vezes em sua vida (Ellsberg *et al.*, 2008).

Ou ainda estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2019, tendo como amostra 34.334 mulheres, que deflagrou a prevalência de 7,6% para violência por parceiro íntimo em território brasileiro, sendo a violência psicológica de maior prevalência (7,07%), seguida pela física (2,75%) e sexual (0,68%). A maior prevalência em mulheres brasileiras se deu na faixa etária de 18-24 anos (8,96%), com baixa escolaridade (8,55%), nas que se autodeclararam de cor preta (9,05%) e que possuíam um rendimento menor que um salário-mínimo (8,68%). Ainda de acordo com o estudo, a região Nordeste do país obteve a

maior prevalência (8,17%), enquanto o Sul apresentou o menor valor (6,77%). Tais resultados evidenciam, como já retratado anteriormente, que a VPI está relacionada a fatores macrossociais (Vasconcelos *et al.*, 2021).

Mascarenhas *et al.* (2020) realizaram estudo transversal com dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2011 (ano em que todos os casos passam a ser de notificação por parte dos serviços públicos e privados) e 2017, coletando um total de 454.984 registros de violência contra a mulher. Dos casos de violência contra mulher a proporção de VPI foi de 62,4%, apresentando maior proporção nos estados do Espírito Santo (67,7%), Acre (67,5%), Rio Grande do Sul (67,2%), Mato Grosso do Sul (66,0%) e São Paulo (65,9%). Dentre os tipos de violência, encontrou-se 89,6% para abusos físicos, 53,1% para psicológicos, 4,8% para o sexual, 3,3% para violência financeira e 2,5% outros tipos de violência. O achado de uma maior proporção para violência física explica-se em virtude da origem dos dados (notificações) e o fato de que abusos psicológicos são frequentemente negligenciados e dificilmente reconhecidos, consequentemente pouco notificados.

De acordo com o Atlas da Violência de 2021, em 2019 foram registrados 1246 homicídios de mulheres nas residências, este número representa 33,3% do total de mortes violentas registradas em mulheres no período. Os números de morte em residências foram utilizados, pelo Atlas, como *proxy* dos feminicídios tendo-se em vista que a categoria “feminicídio” não consta nos atestados de óbito produzidos pelo sistema de saúde e que a literatura internacional compreende que maior parte dos homicídios cometidos dentro de casa são de autoria de pessoas conhecidas. Além disso o Atlas de 2021 traz informações importantes no que diz respeito às armas utilizadas para o crime. Enquanto fora das residências as armas de fogo representaram 54,2% dos instrumentos utilizados, dentro de casa esse número permaneceu em 37,5%, reforçando a ideia de que em casos de violência doméstica, o conflito interpessoal acontece de forma crescente e o autor se utiliza de objetos próximos para agredir a vítima (IPEA; FBSP, 2021).

Outro debate importante trazido pelo documento é o fato de que em 2019 66% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. O risco relativo de uma mulher negra ser vítima de homicídio é 1,7 vezes maior que o de uma mulher não negra. Os dados demonstram que apesar da redução da violência letal, esta redução não se traduz em redução da desigualdade racial. A taxa de mortalidade de mulheres negras era 48,5% maior que a de mulheres não negras e em 2019 a diferença subiu para 65,8%. O documento alerta que o enfrentamento da violência deve, impreterivelmente, lançar olhares sobre o racismo e a discriminação, considerando que eles afetam as mulheres de maneiras desiguais (IPEA; FBSP, 2021).

Durante a pandemia do novo Coronavírus a situação tornou-se ainda mais alarmante. De acordo com pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o DATAFOLHA no ano de 2021, em que mulheres de 130 municípios brasileiros foram entrevistadas, 4,3 milhões de mulheres (6,3%) foram agredidas fisicamente com tapas, socos ou chutes durante a pandemia do novo coronavírus. Das mulheres acima de 16 anos, 17 milhões (24,4%) relataram ter sofrido algum tipo de agressão (física, psicológica ou sexual) nos 12 meses anteriores à pesquisa (durante a pandemia). O tipo de violência mais relatado foi a ofensa verbal com insultos e xingamentos (18,6%). Cerca de 3,7 milhões de mulheres (5,4%) sofreram ofensas sexuais ou tentativas de relação sexual forçada. Com relação aos autores da violência, 72,8% das violências foram causadas por conhecidos da vítima, com destaque para cônjuges/companheiros/namorados (25,4%), ex-cônjuges/ex-companheiros/ex-namorados (18,1%) o que reforça a ideia da alta prevalência de VPI contra as mulheres brasileiras (FBSP; DATAFOLHA, 2021).

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, a pandemia fez com que as mulheres que já estavam em um contexto de violência, ficassem ainda mais vulneráveis. As vítimas passaram a conviver muito mais tempo com seus agressores em suas residências (local de maior frequência dos crimes contra mulher) e com maior dificuldade em acessar quaisquer serviços de proteção e ou rede de apoio (FBSP, 2022).

A nível local diversos estudos quantitativos têm sido realizados e vem demonstrando alta prevalência de VPI em territórios distintos. Estudo acerca da violência por parceiro íntimo realizado em Unidades Básicas da cidade de Foz do Iguaçu (PR), onde foram entrevistadas 565 mulheres com idades entre 15 e 59 anos com histórico de relação conjugal, revelou que 51,3% das entrevistadas haviam sofrido violência psicológica, 36,5% violência física e 22,8% violência sexual (SILVA *et al.*, 2021). Estudo realizado por Rosa *et al.* (2018) entrevistou 470 mulheres que frequentavam uma UBS e apurou uma prevalência da violência contra a mulher provocada pelo parceiro íntimo (VPI) de 42,8% para dimensões psicológicas, 26% física e 12% sexual. Estudo, realizado por Santos *et al.* (2020), entrevistou 991 mulheres frequentadoras das UBS de Saúde de Vitória (ES) e constatou uma prevalência de 57,6% para violência psicológica provocada por parceiro íntimo, 39,3% para violência física e 18% para violência sexual.

Os dados acima descritos refletem a gravidade de cenário brasileiro atual, tornando-se inquestionável a necessidade de ação frente a VPI na busca pela construção de uma sociedade menos violenta e menos opressora em relação as mulheres. O tópico a seguir abordará o histórico e a construção de políticas públicas criadas com o objetivo de combater tal problemática.

3.2.4 Políticas Públicas

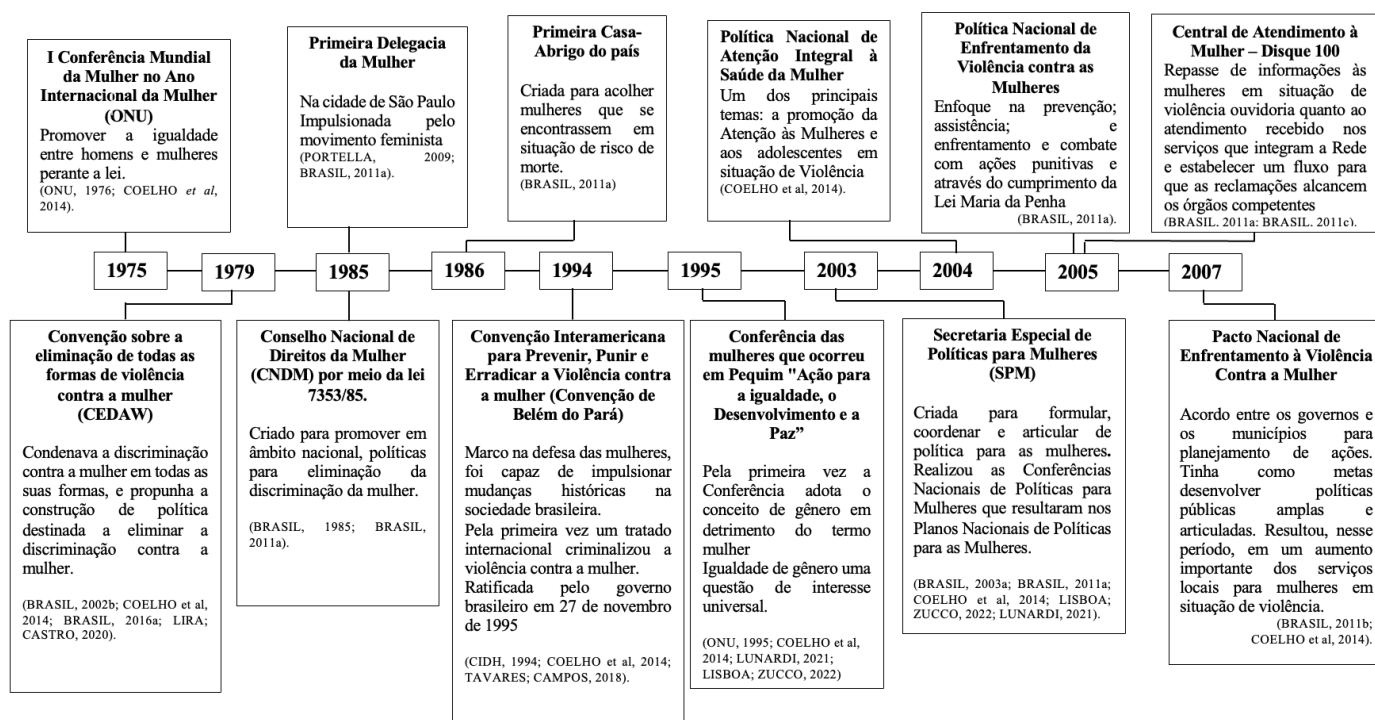
O presente tópico apresenta e explora os principais instrumentos normativos que tem por objetivo dar aporte a abordagem dos casos de violência contra a mulher. É importante ressaltar que a conquista dessas legislações e políticas está diretamente atrelada a lutas históricas cunhadas, principalmente, pelo movimento feminista, do movimento sufragista do século XIX às ondas feministas do século XX (Minayo, 2006, Lunardi, 2021).

De acordo com Portella (2009) a violência contra a mulher sempre foi a mais trágica forma de opressão praticada pela dominação masculina, sendo que as mulheres sempre estiveram afastadas das preocupações públicas e políticas. São muitos os exemplos disponíveis na história que confirmam essa narrativa, tais quais o livro V das Ordenações Filipinas que, antes da consolidação da República, previa que o adultério praticado pela mulher era passível de assassinato dela por seu marido; ou ainda o código criminal de 1830 que atenuava o homicídio praticado pelo marido quando houvesse situação de adultério, enquanto caso o marido se relacionasse com outra mulher tal ato seria considerado concubinato (Blay, 2003).

Apenas através do movimento feminista, quando as mulheres passaram a reivindicar a condição de sujeitos na esfera pública, que a violência passa a ser revelada e denunciada. Dessa forma Portella (2009) afirma que “a construção da violência contra as mulheres como problema social, tema da política e objeto de conhecimento é, assim, resultado do próprio processo de constituição das mulheres como sujeitos políticos”.

Para compreensão da construção histórica de políticas públicas é importante que sejam revisitados momentos pelos quais foi possível que as concepções acerca da mulher e, principalmente, das questões de gênero fossem debatidas (figura 4). Diversas convenções e conferências representaram avanços no reconhecimento dos direitos das mulheres e mostraram-se como forte instrumento para o debate do movimento feminista e das mulheres na América Latina. Através desses espaços, o Estado brasileiro construiu políticas públicas em vigência até hoje. É importante ressaltar que tratados, convenções e pactos assinados pelo Brasil em fóruns internacionais e ratificados pelo Congresso Nacional possuem status constitucional. Os produtos desses momentos acabam, historicamente, por servir como princípios gerais que orientaram a produção legislativa e de políticas públicas de saúde (Coelho *et al.*, 2014).

Figura 4. Linha do Tempo da trajetória de construção de Políticas Públicas brasileiras de combate a violência contra a mulher.



Fonte: elaborado pela autora.

Como resultado dessa trajetória algumas legislações se fizeram importantes e representam avanços no combate a violência contra a mulheres, pode-se citar (Coelho *et al.*, 2014; FSBP, 2022):

- Portaria 936/2004 do Ministério da Saúde, que prevê a estruturação da Rede Nacional de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde, criando os Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde com objetivo de avançar na discussão da temática e fortalecer as ações locais (Brasil, 2004a);

- Legislação 10886/2004 que acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, tornando lesão corporal um tipo especial de violência doméstica o que incorre em um aumento de pena de 1/3 para casos de lesão corporal grave ou que ocasione morte da vítima (Brasil, 2004b);

- Lei 10778/2003 seguida da portaria 2406/2004 que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e o seu fluxo de notificação (Brasil, 2004c);

- Lei 12.845/2013 também chamada de lei do minuto seguinte que prevê o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Determina que os hospitais

devem oferecer as vítimas de violência sexual o atendimento emergencial, integral e multidisciplinar para controlar e tratar os agravos físicos e psíquicos. Além disso determina quais são os serviços compreendidos no atendimento imediato dos hospitais SUS, dentre eles: profilaxia gravidez e profilaxia para IST's (Brasil, 2013b)

- Legislação 14.1321/2021 que acrescenta o art. 147 ao código penal, para prever o crime de perseguição, prevendo ainda que a pena seja ampliada na metade quando o crime for praticado contra mulher em virtude da condição de sexo feminino (Brasil, 2021a);

- Legislação 14.164/2021 que teve como objetivo incluir conteúdo sobre a prevenção da violência contra a mulher nos currículos da educação básica, e instituir a Semana Escolar de Combate à Violência contra a Mulher (Brasil, 2021b);

- Legislação 14.188/2021 que define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher e que altera o Decreto-Lei 2.848 de 1940, com objetivo de modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher (Brasil, 2021c);

- Legislação 14.232/2021 que instituiu a Política Nacional de Dados e Informações relacionadas à Violência contra as Mulheres (PNAINF) para reunir, organizar, sistematizar e disponibilizar dados e informações a todos os tipos de violência contra as mulheres (Brasil, 2021d);

- Legislação 14.330/2022 que incluiu o Plano Nacional de Prevenção e Enfrentamento à Violência contra a Mulher como instrumento de implementação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (Brasil, 2022a)

Além das acima citadas, optou-se por dar enfoque especial a algumas legislações importantes que compõem esse apanhado histórico, as discussões a respeito de cada uma delas encontram-se a seguir.

3.2.4.1 *Lei 11. 340/2006: Maria da Penha*

A lei 11.340/2006 comumente chamada de Lei Maria da Penha é oriunda da história da mulher a qual o nome se refere. Maria da Penha, assim como tantas outras mulheres, foi vítima de violência doméstica praticada pelo então marido por anos de sua vida, que culminou, em 1983, em tentativas de assassinato. O caso foi denunciado pela vítima, mas apenas após 19

anos e 6 meses o agressor foi preso (Penha, 2020; Affonso; Pandjarian, 2020; Tavares; Campos, 2018).

Em virtude da ineficácia do judiciário na condução do caso, o Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL), o Comitê Latino-Americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) e a própria vítima apresentaram denúncias a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), e em 2001 a CIDH elaborou relatório final responsabilizando o Estado brasileiro pelas violações sofridas pela vítima em virtude da obstrução do direito de justiça, sendo o Estado condenado por “dilação injustificada” e “tramitação negligente”. Segundo o Relatório da CIDH (2001, p.1): “essa violação segue um padrão discriminatório com respeito a tolerância da violência doméstica contra mulheres no Brasil por ineficácia da ação judicial” (CIDH, 2001; Affonso; Pandjarian, 2020; Tavares; Campos, 2018; Lira; Castro, 2020).

O relatório trouxe recomendações de natureza individual e de políticas públicas e foi a partir da publicação dele que medidas a nível local, nacional e internacional começaram a ser empreendidas (CIDH, 2001). A Lei 11.340/2006 é um dos resultados mais positivos desse processo que serviu de base para sua fundamentação política, jurídica e social. A LMP é fundamentada em dados, estudos, pesquisas e do acúmulo do movimento feminista e de mulheres na experiência do atendimento às vítimas dessa violência. É fruto de uma construção coletiva com diversos atores sociais e políticos. Segundo Affonso e Padjarian (2020), no livro “Sobrevivi... Posso contar” de Maria da Penha, a lei é ainda uma resposta ao legado da legislação 9.099 de 1995, que considera crimes contra a mulher no ambiente doméstico como delitos de menor gravidade e que historicamente fortaleceu a banalização da violência doméstica contra a mulher no país (Brasil, 1995). Saffioti (2004) aponta que a Lei 9.009 acabou sendo responsável por legalizar a violência contra a mulher e especialmente a violência doméstica. Os seus efeitos acabam por revelar a pouca importância que, historicamente, a sociedade atribuiu a um fenômeno com consequências graves para a saúde da mulher.

De acordo com Portella (2009, p.32) a LMP “representa o reconhecimento, pelo Estado brasileiro, da violência contra as mulheres como um problema social, que deve ser enfrentado no plano governamental”. Lira e Costa (2020) apontam como inovações da legislação: a tipificação e definição de violência doméstica e familiar contra as mulheres; a retirada dos Juizados Especiais Criminais a competência no julgamento dos crimes de violência doméstica contra as mulheres e consequentemente a criação de juizados especiais com competência cível e criminal; a possibilidade de determinação judicial para o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação; a permissão do flagrante

criminal; extinção de penal mínimas com pagamento de cestas básicas e aumento da pena máxima de um para três anos; a decretação de prisão preventiva; a reafirmação da importância de serviços já existentes e previsão da criação de novos: casas-abrigo; DEAM; núcleos de defensoria pública especializados; serviços de saúde especializados; centros especializados de perícias médico-legais; centros de referência para atendimento psicossocial e jurídico; juizados de violência doméstica e familiar contra as mulheres; equipe de atendimento multidisciplinar para auxiliar o trabalho dos Juizados; núcleos especializados de promotoria; sistema nacional de coleta de dados sobre violência doméstica; e centros de educação e de reabilitação para os agressores (Brasil, 2006; Lira; Costa, 2020).

Apesar dos diversos avanços elencados, após mais de 15 anos da criação e aprovação da legislação, diversos autores apontam algumas das falhas da lei. Montenegro apud Marques *et al.* (2019), fazendo uma análise a partir das lentes da criminologia crítica, aponta a ineficácia do sistema penal ante a violência contra a mulher em virtude da impossibilidade de impedir a reincidência de crimes, a não escuta dos interesses das vítimas, a falta de auxílio da vítima no sentido de compreender a própria violência sofrida e a não contribuição para melhoria na relação entre os gêneros, o afastamento do protagonismo da vítima no processo e a violência institucionalizada do sistema de justiça que molda-se em uma lógica patriarcal. Autores como Marques *et al.* (2019) acreditam que da maneira como está posto, o sistema de justiça percebe a mulher como objeto em um esquema predeterminado de violência, silenciando a vítima a todo momento, quando o caminho deveria ser o completo oposto, conferir-lhe o papel de protagonista da própria história.

3.2.4.2 Lei 13.104/2015: *Feminicídio*

O conceito de feminicídio foi trazido por Diana Russel, socióloga e feminista anglo-saxã, em 1976 com o objetivo de caracterizar os assassinatos de mulheres pelo simples fato de serem mulheres. A conceituação associa a morte de mulheres a perspectiva do debate sob a ótica de gênero, onde o feminicídio é parte da lógica de uma sociedade patriarcal que busca a dominação do corpo feminino tomando como pressuposto a subordinação da mulher em relação ao homem (Brasil, 2016a; Meneghel; Portella, 2017). Para Saffioti (2004, p. 48) como a língua é um fenômeno social, e por consequência, um sujeito permanente de mudanças, é de extrema importância que se crie palavras que tensionem a eliminação do sexismo.

O feminicídio acaba por ser a etapa final de uma violência sexista e contínua perpetrada contra a mulher e que em muitos contextos é até hoje aceita, validada e invisibilizada

pela sociedade. Esses assassinatos têm como motivação o ódio, desprezo, prazer ou o sentimento de propriedade. No que diz respeito aos feminicídios causados por parceiros íntimos, Meneghel e Portella elencam os seguintes fatores que podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres: disparidade de idade dos cônjuges, situação marital não formalizada, tentativas prévias de separação por parte da mulher, histórias repetidas de agressão e violência. A maior parte dos parceiros que efetuam o crime são homens com características semelhantes a tantos outros o que gera uma tendência perigosa de se atribuir o crime a “um motivo passionai”, retirando a importante perspectiva da sua representação social e de gênero, ignorando seu caráter histórico e sistemático e limitando-o ao cenário individual (Brasil, 2016a; Meneghel; Portella, 2017).

Sendo fruto de discussões de diversos setores da sociedade (instituições e movimentos sociais), a Lei 13104/2015 determina que as questões de gênero são qualificadoras do crime de homicídio, ou seja, quando o crime contra a mulher envolve violência doméstica/familiar, menosprezo e/ou discriminação à condição de mulher. Além disso, a legislação modificou a lei de crimes hediondos (lei 8072/90) incluindo a ela o crime de feminicídio. Em suma, enquanto o crime de homicídio simples possui pena de 6 meses a 20 anos de prisão, o crime de feminicídio (por ser qualificado) possui pena de 12 a 30 anos de prisão. A legislação determina aumento da pena de 1/3 a metade se o crime for praticado nas seguintes condições: “I - durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto; II - contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência; III - na presença de descendente ou de ascendente da vítima.” (Brasil, 2015a; Meneghel; Portella, 2017; AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2020).

As autoras Meneghel e Portella (2017) alertam que apesar da adoção de mecanismos e políticas para erradicação das violências (tal qual a lei do feminicídio), o Estado ainda não cumpre com as suas obrigações de prevenção, investigação, julgamento e punição de assassinatos contra mulheres. As autoras pontuam como desafios: a ausência de vontade política, os obstáculos existentes para a investigação (omissões, negligências), a falta de evidências para o julgamento dos acusados, a revitimização da vítima, a ausência de acesso à justiça e de assistência aos membros da família, o caráter patriarcal da sociedade.

É possível perceber através dessa abordagem histórica das políticas públicas a demora do setor de saúde brasileiro em se fazer integrante da rede que tem por função prevenir, combater e abordar casos de violência contra a mulher (Minayo, 2006; Brasil, 2011a). O tópico seguinte aborda o papel da saúde coletiva na abordagem dos casos de violência contra a mulher.

3.3 VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E O PAPEL DA SAÚDE COLETIVA

Historicamente o papel de combate frente aos casos de violência consolidou-se sob a responsabilidade do setor de segurança e quando muito da assistência social. Segundo Minayo (2020) de fato a temática não é em si uma questão de saúde, entretanto ela afeta fortemente o setor. A autora cita como atravessamentos ao setor saúde: as mortes, lesões e traumas físicos; as imensuráveis consequências mentais/psicológicas; o prejuízo a qualidade de vida; a pressão sobre o sistema, a evidenciação dos seus entraves e consequente necessidade de readequação da organização dos serviços para acolhimento das demandas; a necessidade de uma atuação multidisciplinar/multiprofissional e intersetorial.

A inclusão da violência na pauta do serviço de saúde brasileiro deu-se lentamente, como consequência da lógica biomédica, através de atendimentos pontuais das agressões, principalmente físicas, sendo contempladas pela Classificação Internacional de Doenças (CID) como “causas externas”. A sensibilização para a temática deu-se paulatinamente em virtude da preocupação com as violências contra as crianças. A violência contra a mulher, foi incorporada especialmente em virtude da pressão do movimento feminista. A estratégia do movimento de pressionar as instituições no sentido da consciência sobre a desigualdade de gênero e suas consequências, gerou e continua a gerar efeitos no setor saúde no sentido de uma atuação para além dos tratamentos da consequência física da violência. Uma representação dessa influência foi a participação do movimento de mulheres brasileiras na construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1983 que trouxe assuntos como os direitos sexuais e reprodutivos e reflexões sobre a violência de gênero, pressionando o serviço para um olhar específico sobre o problema (Minayo, 2006).

Foi na década de 80 que a violência passou a vigorar com mais ênfase nos debates do campo da saúde. Na década de 90 a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde passaram a falar especificamente da violência. No ano de 1993 documento publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde trazia pela primeira vez a violência enquanto um problema de saúde. De acordo com ele, as condutas violentas nas Regiões das Américas eram um grave problema de saúde pública, trazendo consequências para o bem-estar do coletivo. Reconhecia, entretanto, que as respostas do setor vinham sendo insuficientes em lidar com a problemática, restringindo-se apenas na atenção imediata às consequências da agressão, sendo que a cobertura ainda era incompleta e a acessibilidade do serviço era escassa. O documento enfatizava a necessidade de revisar as ações ofertadas pelo setor no campo da violência com objetivo de modificar sua estrutura e o seu funcionamento, tendo em vista a introdução de medidas preventivas na atenção primária (OPAS, 1993; Minayo, 2006).

Em 1997 a OMS, em Assembleia Mundial com Ministros de Saúde, trouxe a temática entre os assuntos de relevância e em 2002 produziu Relatório Mundial substituindo o termo “causas externas” pelo termo “violência e saúde” (Minayo, 2006). O documento, que trazia ainda uma série de recomendações para todo o setor da saúde, tinha como objetivo ampliar a consciência acerca do problema da violência em nível global, argumentar que a violência pode ser prevenida sendo que a saúde pública tem um papel crucial no reconhecimento de suas causas e consequências (Krug *et al.*, 2002, p.18).

O relatório enfatiza o aspecto interdisciplinar e intersetorial necessário ao cuidado em saúde, não sendo raro a necessidade do setor em dialogar e construir soluções em conjunto com a educação, serviço social, justiça dentre outras áreas de conhecimento. E no caso da abordagem da violência não é diferente, cada setor desempenha um papel crucial para que o problema possa ser solucionado. O relatório alerta que “a saúde pública se caracteriza, sobretudo, por sua ênfase na prevenção. Mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida reside na forte convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados” (Krug *et al.*, 2002, p.5).

Antes da publicação do Relatório pela OMS, o Ministério da Saúde já havia aprovado a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência sob Portaria MS/GM 737/2001 na busca por orientar o setor sobre o problema, definindo o conceito de violência, inserindo o tema no marco da promoção da saúde, mostrando a necessidade de investir na compreensão do fenômeno para um correto diagnóstico e notificação, evidenciando a precariedade das informações sobre o tema e a excessiva subnotificação em virtude de um sistema intimamente enraizado no biologicismo e reconhecendo a necessidade de formação de profissionais sobre o tema, propondo uma filosofia e prática intersetorial e articulada com a sociedade. Sua elaboração foi resultado do esforço no Ministério da Saúde que vinha mobilizando diferentes setores internos e articulando externamente com gestores das esferas municipal, estadual e federal, além de organizações não governamentais e o setor privado no sentido de enfrentar o problema da violência. Ela define propósitos, estabelece diretrizes, atribui responsabilidades institucionais e apresenta a articulação intrasetorial e intersetorial como pressuposto básico (Brasil, 2005; Brasil, 2016c; Minayo, 2020).

Além disso, a Lei Maria da Pena de 2006, apesar de manter um olhar curativista/biologicista atrelado a saúde, é enfática em posicionar o papel dos serviços na abordagem da violência contra a mulher, prevendo a integração operacional entre poder judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e as áreas da segurança pública, saúde, educação trabalho e habitação. De acordo com art.9 “a assistência à mulher em situação de

violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública [...]” (Brasil, 2006).

No ano de 2016 o Ministério da Saúde divulgou documento com Protocolos da Atenção Básica para a Saúde da Mulher. Dentre os tópicos têm-se “Atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar (Brasil, 2016b).

Para além do foco biológico/curativo focado no tratamento das consequências da violência, no âmbito da Saúde Coletiva, a Atenção Básica (AB) e em especial da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem inegável potencial e importância no combate da violência, e por consequência da VPI. Sendo a porta de entrada para todo o Sistema Único de Saúde (SUS) ela deve ser vista como mecanismo para o acolhimento dessas demandas. Por trabalhar no mesmo território onde reside sua população ela deve ser socialmente sensível e capaz de fazer diagnósticos que outras instâncias não conseguiriam. Dessa forma, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, é função de todos os profissionais da AB a vigilância em saúde, cabendo a eles práticas e processos de trabalhos voltados, dentre outros assuntos, para a vigilância das violências (Brasil, 2009; Brasil, 2013a; Brasil, 2017; Lindner *et al.*, 2019).

A ESF por ter dentre seus princípios a criação de vínculo e a longitudinalidade do cuidado, tem capacidade de construir gradualmente um elo sólido de confiança com seus usuários, podendo contribuir para exposição de casos de violência. A lógica de funcionamento (territorial) também contribui para a abordagem da VPI, afinal é possível aproximar a solução do problema em questão. O profissional de saúde deve ser capaz de identificar o problema, intervir para redução de danos e conhecer/acionar a rede intersetorial de abordagem do problema. Considerando, como já exposto, a alta prevalência da VPI, o fato explicitado por diversos estudos de que mulheres em situação de violência buscam com muito mais frequência a AB, é fundamental que o profissional tenha formação e seja capaz de reconhecer o cenário de violência, atuando inclusive no movimento de contribuir para que os usuários encontrem novos modelos de se relacionar, buscando um projeto de vida sem violência (Schraibei; Barros; Castilho, 2010; Coelho *et al.*, 2014; Meneghel; Portella, 2017; Lindner *et al.*, 2019).

De acordo com Meneghel e Portella (2017) é necessário romper com tabus enraizados e o profissional deve compreender que os assuntos como o da VPI precisam ser abordados. A escuta precisa ser baseada no não julgamento, não se deve pressionar a vítima a realizar a denúncia. É necessário que se trace um plano de cuidado e que na relação paciente + profissional construa-se uma rede de suporte, inclusive no sentido de identificar situações de risco imediato onde há a necessidade de agir rapidamente para proteção da vítima.

O ambiente da AB deve ser humanizado, a comunidade precisa compreender que a UBS entende a violência como um problema de saúde e possui estrutura para contribuir com o seu combate. É possível inclusive que as equipes, através dos diagnósticos territoriais e das demandas evidenciadas, busquem estratégias para além do atendimento individual. É possível, contribuir com ações intersetoriais de geração de renda, de formação escolar e profissional, na construção de redes de apoio, na construção de espaços de diálogo e acolhimento, na problematização das desigualdades de gênero e as condições da mulher na sociedade (Lindner *et al.*, 2019).

Como fruto dessa construção histórica, algumas políticas públicas de saúde podem ser citadas como importantes na consolidação do papel do setor saúde no combate à violência contra a mulher. Algumas delas serão abordadas abaixo.

3.3.1 Políticas Públicas de Saúde

3.3.1.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Criada no ano de 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi fruto da união de setores da sociedade (movimento de mulheres, movimento negro, das trabalhadoras rurais, pesquisadores, estudiosos, organizações não governamentais, gestores, agências internacionais) com o objetivo de: implementar ações de saúde que tenham capacidade de garantir os direitos humanos das mulheres; contribuir para redução da morbimortalidade feminina no Brasil; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção a saúde da mulher no SUS. Com um enfoque no gênero, na integralidade e na promoção da saúde, tinha como função buscar avanços nos aspectos relativos da violência doméstica e sexual, dentre outras áreas. Tomando por base os dados epidemiológicos e as reivindicações de segmentos da sociedade, a PNAISM trouxe avanços em virtude de fazer o debate através da perspectiva de gênero, mas também por ter enfoque para as especificidades e vulnerabilidades em saúde (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras), compreendendo que a realidade é multifacetada e a complexidade dessa realidade deve ser contemplada em políticas públicas que queiram transformar positivamente a sociedade (Brasil, 2004d).

A política traz como princípios a humanização e a qualidade do serviço prestado, entendendo que o histórico das mulheres na busca por serviços de saúde tem traços marcantes de discriminação, frustração e violação dos direitos. Segundo a Política, “a atenção humanizada

e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero” (Brasil, 2004d).

Dentre os objetivos específicos da PNAISM evidencia-se o de “promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”, para isso objetivava-se organizar as redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica, articular a atenção das vítimas com ações de prevenção de IST e promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (Brasil, 2004d).

A PNAISM acaba por traduzir os princípios e filosofias do SUS respeitando as diversidades dos municípios e suas especificidades epidemiológicas, visto que ela se propõe a ser uma referência conceitual e não uma diretriz uniforme, permitindo que a sua aplicação seja feita perante uma análise crítica e em consonância com a realidade local. No ano de 2015 o Ministério da Saúde divulgou novo documento com o objetivo de contribuir, com os gestores locais dos diferentes organismos de políticas para mulheres, no monitoramento e acompanhamento da PNAISM em suas esferas de governo (Brasil, 2015b).

3.3.1.2 Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

A pauta da humanização dos serviços tem raízes antigas que contribuem para a compreensão da construção da Política Nacional de Humanização em Saúde (PNH), criada no ano de 2003. Coelho *et al.* (2014) relatam que a humanização surgiu como debate ainda na década de 90, sendo levada como pauta para a 11ª Conferência Nacional de Saúde quando o tema central foi: Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social. Impulsionado pelos debates da época, o Ministério da Saúde que já havia lançado a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (extinta em 2002 em virtude do seu foco exclusivo no ambiente hospitalar), lançou em 2003 a PNH.

O objetivo da política é pôr em prática no cotidiano dos serviços os princípios do SUS através do estímulo à comunicação entre os atores envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários). O foco é trabalhar as relações de poder que podem produzir situações desumanizadoras que comprometem a autonomia e corresponsabilidade dos profissionais e dos usuários. A PNH foi pensada juntamente com uma estrutura que possibilitasse sua transposição para os cenários práticos, sendo assim, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, contou com equipes regionais de apoiadores que articulam as secretarias estaduais e municipais de saúde. Apoiada na perspectiva de um SUS que dá certo, a PNH busca analisar os problemas e dificuldades de cada serviço buscando referência em experiências exitosas. Foi apoiada nos

princípios da transversalidade devendo estar presente em todas as políticas e programas do sistema; da indissociabilidade entre atenção e gestão, visto que todas as decisões da gestão interferem na atenção à saúde e por isso os trabalhadores e usuários devem estar próximos e participar da gestão do sistema; e do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos tendo em vista a importância do reconhecimento do papel de cada um dos atores (Brasil, 2013c).

A PNH é norteada pelos conceitos de acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários; todos eles sendo particularmente importantes e caros quando se pensa na abordagem da temática da violência provocada por parceiros íntimos dentro da AB. Com relação ao acolhimento, a política evidencia que é ele quem sustenta a relação da equipe com o território e que sua construção é dada de forma coletiva com vistas a criar relações de confiança, compromisso e vínculo entre profissionais e usuários do serviço. Ela apoia-se no incentivo à escuta qualificada com foco nas necessidades do usuário para que se possa garantir um acesso oportuno com caminhos dentro do sistema capazes de resolver as demandas existentes. Sobre a ambiência a PNH fortalece a perspectiva da criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis que propiciem a privacidade e o encontro entre as pessoas. Sobre a clínica ampliada a política compreende como uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica que pensa na singularidade do sujeito. (Brasil, 2013c)

De acordo com Coelho *et al.* (2014) a PNH é um potente instrumento para se pensar políticas e ações para pessoas envolvidas em situação de violência, tendo em vista que a abordagem desses casos requer sensibilidade e capacitação das equipes. A política, mesmo que de maneira sucinta, prevê a sensibilização das equipes frente a temática da violência e necessidade de promover um ambiente acolhedor para que as pessoas que buscam a UBS possam ser atendidas com qualidade. Além disso, de acordo com os autores, a valorização dos sujeitos enfatizada pela PNH é um dos eixos estruturais para o debate da abordagem das situações de violência.

3.3.1.3 Notificação Compulsória e a Lei 10.778

A notificação dos casos de violência é de suma importância para a estruturação do sistema de saúde, pois permite o dimensionamento do problema, da possibilidade da caracterização das circunstâncias da violência, do perfil da vítima e dos agressores e consequentemente subsidia a produção de evidências que embasam o desenvolvimento de políticas públicas e ações governamentais para o enfrentamento do problema (Brasil, 2004e).

Nessa perspectiva que historicamente o Ministério da Saúde tem buscado medidas para melhorias e aprimoramento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e dos seus instrumentos. No que tange o monitoramento da violência praticada contra a mulher, foi no ano de 2003 através da lei 10.778 (regulamentada posteriormente pelo decreto 5.099) que ficou estabelecida a notificação compulsória em todo o território nacional dos casos de violência contra a mulher que forem atendidos no setor público e privado. Além disso, de acordo com a legislação, modificada no ano de 2019 através da legislação 13.931: os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos. Já no ano de 2004 a Portaria 2.406 instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou o instrumento e fluxo para essa notificação (Brasil, 2003b; Brasil, 2004e).

A ficha de notificação individual deve ser usada para qualquer caso suspeito ou confirmado de violência contra a mulher, ela deve ser preenchida em duas vias sendo que uma ficará com a unidade que notificou e a segunda será encaminhada para o setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou de Doenças e Agravos Não transmissíveis, que irá digitar e consolidar os dados. É a Secretaria Municipal de Saúde responsável pela implantação do sistema de vigilância contínua de violência, esse sistema deve digitar, consolidar, analisar, disseminar informações e enviar das bases para as secretarias de estado e posteriormente Ministério da Saúde. Dessa forma, pode-se dizer que a notificação é obrigação institucional que deve ser cumprida pelos serviços através de seus gestores e profissionais de saúde e é importante que a gestão local defina estratégias capazes de acompanhar e dar suporte aos profissionais nesse processo (Brasil, 2004e; Brasil, 2016c).

No ano de 2006 o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva) através da Portaria MS/GM 1.356. Tal Sistema possui o componente de vigilância contínua e vigilância sentinela, os dois tem como instrumento de coleta a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada registrada pelo SINAN e a Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência registrada em sistema Epi Info (Brasil, 2016c).

Outro marco importante foi quando, em 2014, através da Portaria MS/GM 1.271 a lista nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública tornou, pela primeira vez, imediata a notificação de casos de violência sexual e tentativas de suicídio na esfera municipal para que se possa intervir oportunamente nesses casos (Brasil, 2014; Brasil, 2016c)

A determinação dos agravados que devem ser notificados é regida pela Lista Nacional de doenças de notificação compulsória, que é atualizada com frequência, de acordo com as necessidades impostas pela realidade vivida. Atualmente a última versão da lista foi publicizada pela Portaria MS/GM 420 no ano de 2022 e determina a notificação compulsória de violência doméstica e outras violências com periodicidade semanal e de violência sexual e tentativa de suicídio com periodicidade imediata (até 24 horas) para secretaria municipal de saúde (Brasil, 2022).

A inserção lenta e difícil inserção do setor saúde na rede que busca enfrentar a VPI é demonstração da complexidade do problema e da necessidade de uma atuação intersetorial para que as ações tenham maior efetividade em prevenir e combater os casos de VPI contra a mulher. Nesse sentido, a seguir será apresentada a rede de enfrentamento à violência contra a mulher

3.4 REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Todos os entes federativos têm papel essencial na prevenção, no combate e na assistência dos casos de violência, entretanto não é incomum que os serviços se apresentem de forma desarticulada e fragmentada. A perspectiva de um trabalho baseado na lógica de rede é um caminho em busca da superação desses entraves (Brasil, 2011a). Para Saffioti (2004, p. 91) uma verdadeira política de combate à violência doméstica exige que se opere em rede, englobando a colaboração de diferentes áreas: polícia, magistratura, Ministério Público, defensoria Pública, hospitais, profissionais da saúde, principalmente da área da psicologia, da educação, do serviço social.

A intersetorialidade é entendida como um fluxo de atendimento institucional que define o caminho das mulheres em situação de violência que precisam de amparo, proteção e assistência, prevendo ações integradas entre os diferentes setores de diferentes esferas políticas. Para que se alcance a estruturação de uma rede intersetorial é imprescindível que se compreenda a necessidade de uma atuação interdisciplinar, que propõe um modo integral de abordar a violência para que se possa enxergar a situação e as soluções de diferentes pontos de vista (social, psicológico, jurídico, histórico etc.) (Lisboa; Zucco, 2022).

É importante mencionar que a partir de 2010 houve um esforço no sentido de buscar uma conceituação da rede que evidenciasse seu sentido mais amplo, deste modo surgiu a nomenclatura “enfrentamento”. O esforço em repensar o conceito está diretamente relacionado com a necessidade de incluir no processo atores sociais que ainda não estavam contemplados visto que não compõem diretamente a rede de atendimento a vítima mas que estão diretamente

implicados no processo e que sua participação determina o sucesso da abordagem (Brasil, 2011c).

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres teve singular importância na construção da rede, uma vez que um dos seus eixos “Fortalecimento da Rede de Atendimento e Implementação da Lei Maria da Penha” permitiu maior aporte de recursos por parte da Secretaria de Políticas para Mulheres e dos demais Ministérios para a criação, reaparelhamento e reforma de serviços especializados do atendimento de mulheres. Foi através dos acordos firmados entre os entes federativos que pôde-se obter avanços na constituição da rede. O resultado da articulação federativa foi um aumento significativo de serviços voltados à atenção às mulheres em situação de violência e a possibilidade de fortalecimento dos mecanismos locais de defesa dos direitos das mulheres. (Brasil, 2011c; COELHO *et al.*, 2014).

A rede de enfrentamento a violência contra a mulher tem o objetivo de efetivar os eixos combate, prevenção, assistência e garantia de direitos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Refere-se a atuação de instituições e serviços governamentais/não governamentais e a comunidade de forma articulada em busca de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que construam a autonomia das mulheres, garantam os direitos humanos, responsabilizem os agressores e forneçam assistência qualificada às mulheres que sofrem violência (Brasil, 2011c).

É importante que se tenha em mente a diferença entre rede de enfrentamento e rede de atendimento, sendo que essa segunda é o eixo “assistência” da primeira. Enquanto a rede de enfrentamento é composta por: agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas para as mulheres; serviços/programas de responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais ligados a garantia de direitos; e serviços especializados e não especializados de atendimento as mulheres em situação de violência (eixo assistência). A rede de atendimento compõe apenas aquele conjunto de ações e serviços de diversos setores (assistência social, justiça, segurança pública e saúde) que vão ampliar e melhorar a qualidade do atendimento, identificar e encaminhar as mulheres em situação de violência e realizar integralmente de forma humanizada o atendimento. O quadro 2 disponibilizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011c) evidencia com clareza essa diferenciação (Brasil, 2011c).

Os serviços não especializados da Rede de atendimento são geralmente os que se caracterizam como a porta de entrada da mulher, como exemplos os hospitais, os serviços da APS, em especial a ESF, as delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social

(CREAS), Ministério Pública e as defensorias públicas. Já os serviços especializados no atendimento à mulheres são os que exclusivamente atendem esse público e possuem expertise diferenciada para abordagem da temática violência, como exemplos: Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência, Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Ouvidoria da Mulher, Serviços de Saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos aeroportos e Núcleo de Atendimento à Mulher nos serviços de apoio ao migrante.

Como se pode ver, a Rede de enfrentamento possui múltiplos serviços e instituições e essa multiplicidade é fruto de uma construção histórica em busca de abraçar a multidimensionalidade e complexidade da abordagem da violência contra a mulher. Mas não basta a existência de diversos serviços se eles não conseguirem de fato trabalhar de maneira articulada e integrada. É preciso que esses serviços se apoiem em um processo de trabalho que permita a integração entre as instituições e que exista a definição de um fluxo de atendimento compatível com a realidade onde estão postos. O serviço fragmentado dificulta o acesso da vítima, dificulta a sua circulação na rede, a correta abordagem da situação e pode inclusive comprometer o resultado que se almeja alcançar (Brasil, 2011c).

Pode-se perceber ainda que, para além da segurança pública diversas outras áreas podem e devem participar da rede de atendimento à vítima de violência, cumprindo papéis importantes na abordagem do problema. Como mencionado anteriormente, na área da saúde os serviços são responsáveis por acolher as mulheres e se necessário encaminhá-las para os demais serviços, essa abordagem deve estar direcionada a avaliação do risco, estabelecimento de um processo de cuidado, respeito e escuta sem julgamentos. Já os serviços atrelados à área da assistência social são responsáveis por atender e orientar as famílias e pessoas em situação de risco social e/ou que tiveram seus direitos violados, por assegurar o acesso a programas sociais de alimentação, educação, emprego e renda. A Segurança Pública deve promover ações de prevenção, registro de ocorrências, investigação e repressão de atos ou condutas que configurem crimes e infrações penais. A assistência jurídica fornecerá orientações sobre os direitos que são assegurados às mulheres vítimas de violência, fazer encaminhamento para atendimento psicossocial, representando a sociedade na denúncia e na busca por responsabilização cível e criminal do autor, solicitando medidas protetivas, requisitando força

policial e demais serviços da rede, fiscalizando estabelecimentos de atendimento a vítimas, solicitando prisões preventivas, dentre outros (Delziovio, 2022b).

4 MÉTODO

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de revisão de literatura balizado pela metodologia da construção de uma Revisão de Escopo (RE). De acordo com o conceito cunhado pelo Joanna Briggs Institute Reviewer's (JBI) Scoping Reviews Methodology Group (Munn *et al.*, 2022):

As revisões de escopo são um tipo de síntese de evidências que visa identificar e mapear sistematicamente a amplitude das evidências disponíveis sobre um determinado tópico, campo, conceito ou questão, geralmente independentemente da fonte (ou seja, pesquisa primária, revisões, evidências não empíricas) dentro ou em contextos particulares. As revisões de escopo podem esclarecer os principais conceitos/definições na literatura e identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles relacionados à pesquisa metodológica.

Trata-se de um método que pretende guiar a pesquisa de forma sistemática, e dessa forma requer protocolo com objetivo pré-estabelecido, perguntas e critérios de inclusão/exclusão. Para esta pesquisa o protocolo (APÊNDICE A) foi previamente realizado, registrado e publicado na plataforma Open Science Framework, sob link de acesso osf.io/37tfh e sob identificação DOI: 10.17605/OSF.IO/FJ73Q.

Esse método possui uma triagem baseada em protocolo de seleção das fontes; com mais de um autor; e que precisa ser conduzido conforme a orientação metodológica já estabelecida. Dentre as principais indicações estão: identificar os tipos de evidências disponíveis em um determinado campo; esclarecer os principais conceitos/definições na literatura; examinar como a pesquisa é conduzida sobre um determinado tópico ou campo; identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito; atuar como precursor de uma revisão sistemática; identificar e analisar lacunas de conhecimento (Arksey; Omalley, 2005; Munn *et al.*, 2022).

De acordo com Arksey e Omalley (2005) o processo deve ser documentado com detalhes suficientes para que outros pesquisadores possam replicá-lo e para que aumente a confiabilidade do resultado. Ele é guiado pelo requisito de identificar toda a literatura relevante, independentemente do estudo realizado, para isso os autores propõem 5 etapas, que seguem de guia para a construção desta revisão:

Estágio 1: identificação da questão de pesquisa

Estágio 2: identificação de estudos relevantes

Estágio 3: seleção dos estudos

Etapa 4: mapeamento dos dados

Etapa 5: reunião, resumo e relato dos resultados

A partir desses conhecimentos, a presente pesquisa teve a pergunta, objetivo e os descritores construídos através do acrônimo CoCoPop: Co (Condition) - Violence against women caused by an intimate partner; Co (Context) - Primary Health Care; Pop (População) - Primary Health Care Professionals (Munn *et al.*, 2020). Apresentando a seguinte questão norteadora: Como a literatura científica apresenta as abordagens da Atenção Primária à Saúde brasileira para situações de violência por parceiros íntimos contra as mulheres?

Para garantia do rigor metodológico, esse trabalho considerou ainda as recomendações previstas na versão check Prisma-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews), publicada no ano de 2018 (Tricco *et al.*, 2018), que contém 22 critérios a serem avaliados e contemplados para realização de uma Revisão de Escopo (APÊNDICE B).

4.1 BASES DE DADOS

Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: CINAHL, Embase, Lilacs, Pubmed/MEDLINE, Scielo, Scopus e Web of Science.

Além disso, a pesquisa foi realizada nas seguintes bases de literatura cinzenta: Proquest, Google Scholar e Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações (BBTD). Nessas plataformas, os primeiros 100 links (classificados por relevância) foram extraídos e analisados de acordo com os critérios de inclusão.

4.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram incluídos estudos sobre o contexto brasileiro, sem limitação de data, não havendo limite para o tamanho da amostra.

INCLUSÃO:

A) Estudos relacionados a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde

B) Estudos na perspectiva do profissional de saúde sobre a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde

C) Estudos na perspectiva dos usuários sobre a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde

EXCLUSÃO:

- A) Estudos ausentes na íntegra mesmo após tentativa de acesso ao documento
- B) Editoriais, cartas e revisões
- C) Estudos que não sejam sobre o sistema de saúde brasileiro
- D) Estudos que não estejam relacionados a abordagem na Atenção Primária à Saúde
- E) Estudos não relacionados à violência por parceiros íntimos/doméstica contra a mulher
- F) Estudos de prevalência
- G) Relacionados ao contexto da pandemia de COVID19
- H) Estudos relacionados a violência contra gestantes

4.3 DESCRITORES E ESTRATÉGIA DE BUSCA

As estratégias de busca foram desenvolvidas em 26/10/2022 em parceria com equipe de especialistas da Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, usando texto livre e termos MeSH/Decs combinados com operadores booleanos “OR” e “AND”. Segue:

Quadro 1. Estratégias de Busca produzidas para as respectivas bases de dados.

Base de dados	Estratégia de busca
Pubmed/Medline (147)	("Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service") AND ("Violence Against Women" OR "Crimes against Women" OR "Gender-Based Violence"[Mesh] OR "Gender-Based Violence") AND ("Intimate Partner Violence"[Mesh] OR "Intimate Partner Violence" OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR "Domestic Violence"[Mesh] OR "Domestic Violence")
Embase (Elsevier) (179)	("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service") AND ("Violence Against Women" OR "Crimes against Women" OR "Gender-Based Violence") AND ("Intimate Partner Violence" OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR "Domestic Violence")
CINAHL (EBSCO) (67)	("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service") AND ("Violence Against Women" OR "Crimes against Women" OR "Gender-Based Violence") AND ("Intimate Partner

	Violence " OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR " Domestic Violence ")
Scopus (Elsevier) (135)	("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service") AND (" Violence Against Women " OR "Crimes against Women" OR " Gender-Based Violence ") AND (" Intimate Partner Violence " OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR " Domestic Violence ")
Web of science (Clarivate Analytics) (148)	("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service") AND (" Violence Against Women " OR "Crimes against Women" OR " Gender-Based Violence ") AND (" Intimate Partner Violence " OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR " Domestic Violence ")
Lilacs/BDENF (109) BDENF (49)	("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR " Atenção Primária à Saúde " OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidado Primário" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR "Cuidado Básico" OR "Cuidados Básicos" OR " Atención Primaria de Salud " OR "Atención Primaria" OR "Atención Básica" OR "Cuidado de la Salud Primarios" OR "Cuidados Primarios" OR "servicios básicos de salud" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico de salud" OR "cuidados básicos de salud") AND (" Violence Against Women " OR "Crimes against Women" OR " Gender-Based Violence " OR " Violência contra a Mulher " OR "Crimes contra a Mulher" OR "Crimes contra as Mulheres" OR "Violência contra as Mulheres" OR " Violência de Gênero " OR " Violencia contra la Mujer " OR "Crímenes contra la Mujer" OR "Crímenes contra las Mujeres" OR "Violencia contra las Mujeres") AND (" Intimate Partner Violence " OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR " Domestic Violence " OR " Violência por Parceiro Íntimo " OR "Violência contra Parceiro Íntimo" OR "Violência contra a Parceira Íntima" OR "Violência entre Parceiros Íntimos" OR " Violência Doméstica " OR " Violencia de Pareja " OR "violencia contra la pareja")
SciELO (109)	("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR " Atenção Primária à Saúde " OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidado Primário" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR

	"Cuidado Básico" OR "Cuidados Básicos" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "Atención Básica" OR "Cuidado de la Salud Primarios" OR "Cuidados Primarios" OR "servicios básicos de salud" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico de salud" OR "cuidados básicos de salud") AND ("Violence Against Women" OR "Crimes against Women" OR "Gender-Based Violence" OR "Violência contra a Mulher" OR "Crimes contra a Mulher" OR "Crimes contra as Mulheres" OR "Violência contra as Mulheres" OR "Violência de Gênero" OR "Violencia contra la Mujer" OR "Crímenes contra la Mujer" OR "Crímenes contra las Mujeres" OR "Violencia contra las Mujeres") AND ("Intimate Partner Violence" OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR "Domestic Violence" OR "Violência por Parceiro Íntimo" OR "Violência contra Parceiro Íntimo" OR "Violência contra a Parceira Íntima" OR "Violência entre Parceiros Íntimos" OR "Violência Doméstica" OR "Violencia de Pareja" OR "violencia contra la pareja")
ProQuest Dissertations & Theses Global (PQDT Global) (4994)	("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service") AND ("Violence Against Women" OR "Crimes against Women" OR "Gender-Based Violence") AND ("Intimate Partner Violence" OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR "Domestic Violence")
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) (34)	("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidado Primário" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR "Cuidado Básico" OR "Cuidados Básicos" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "Atención Básica" OR "Cuidado de la Salud Primarios" OR "Cuidados Primarios" OR "servicios básicos de salud" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico de salud" OR "cuidados básicos de salud") AND ("Violence Against Women" OR "Crimes against Women" OR "Gender-Based Violence" OR "Violência contra a Mulher" OR "Crimes contra a Mulher" OR "Crimes contra as Mulheres" OR "Violência contra as Mulheres" OR "Violência de Gênero" OR "Violencia contra la Mujer" OR "Crímenes contra la Mujer" OR "Crímenes contra las Mujeres" OR "Violencia contra las Mujeres") AND ("Intimate Partner Violence" OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR "Domestic Violence" OR "Violência por Parceiro Íntimo" OR "Violência contra Parceiro Íntimo" OR "Violência contra a Parceira Íntima" OR "Violência entre Parceiros Íntimos" OR "Violência Doméstica" OR "Violencia de Pareja" OR "violencia contra la pareja")

Google Acadêmico (6440)	("Primary Health Care" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atención Primaria de Salud") AND ("Violence Against Women" OR "Violência contra a Mulher" OR "Violencia contra la Mujer") AND ("Intimate Partner Violence" OR "Violência por Parceiro Íntimo")
----------------------------	--

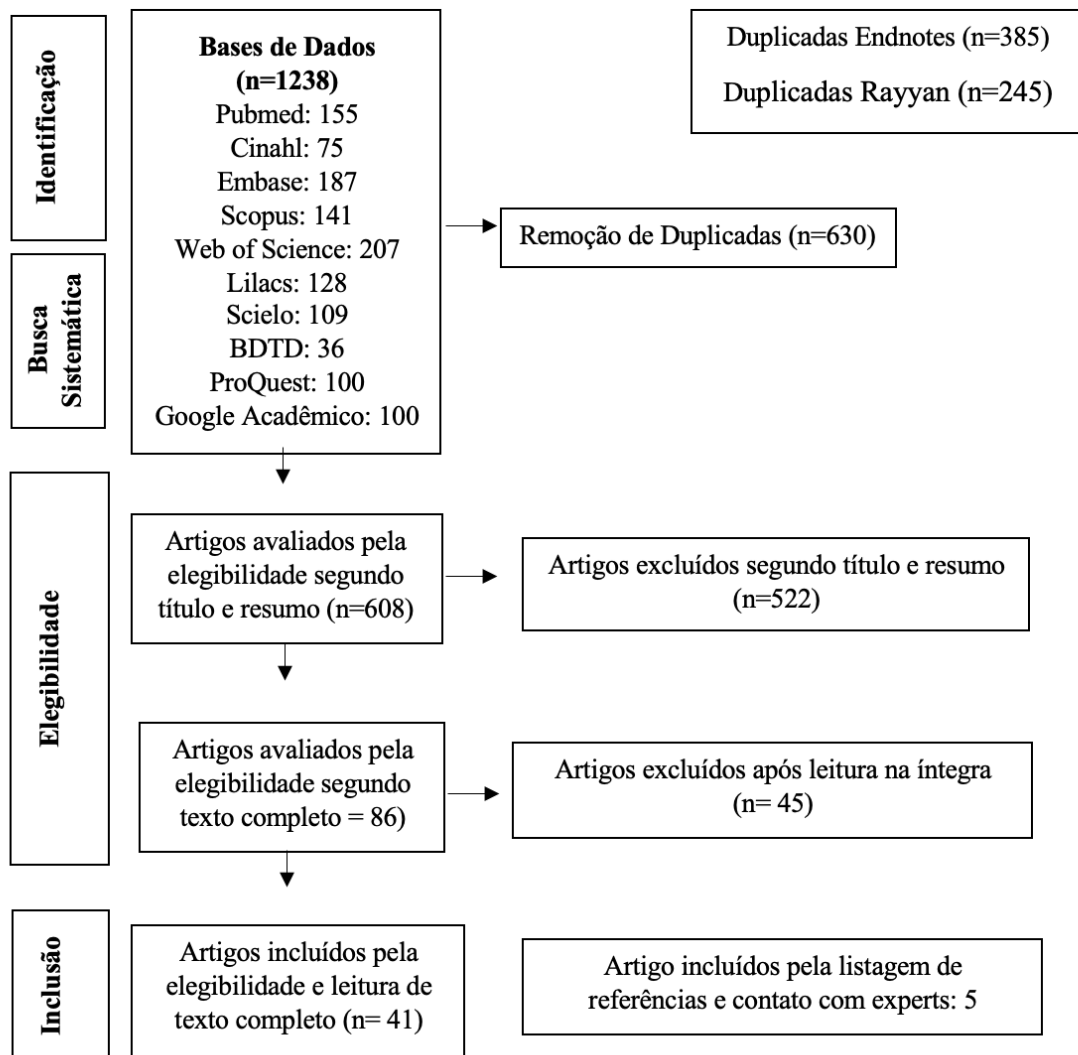
Fonte: elaborado pela autora.

4.4 COLETA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A coleta dos estudos ocorreu em 08/02/2023, a partir da aplicação da estratégia de busca nas bases de dados selecionadas. Todos os 1238 artigos encontrados foram arquivados com a ajuda do gerenciador de referências EndNotes®, nele foi realizada a remoção de 385 arquivos duplicados.

Para a avaliação dos estudos através dos critérios de inclusão e exclusão, todos os artigos foram transferidos ao gerenciador de referências Ryyan®. Já no Rayyan® foi realizada manualmente a remoção de 245 artigos duplicados que não haviam sido excluídos automaticamente na etapa anterior. Foram removidos, portanto, um total de 630 estudos duplicados, restando 608 a serem criteriosamente avaliados. (Figura 5).

Figura 5. Fluxograma Prisma do processo de seleção dos estudos



Fonte: elaborado pela autora.

A etapa de seleção dos artigos seguiu-se da seguinte forma:

Primeira etapa: Dois revisores (RV1 e RV2) realizaram a triagem dos estudos de forma independente, tendo como base os títulos e resumos. Em caso de divergências, foi realizada uma reunião de consenso para discussão e alinhamento dos estudos aprovados para a próxima fase. Caso não houvesse concordância, o terceiro revisor (RV3) realizava a escolha. Em caso de dúvida, decidiu-se passar o estudo para a próxima fase.

Sendo assim, nesta etapa 1 artigo foi excluído por não ter sido encontrado mesmo após tentativas de localiza-lo (critério A), 39 artigos foram excluídos por enquadrarem-se como editoriais, cartas e/ou revisões (critério B), 278 artigos foram excluídos por não se tratarem de estudos sobre o sistema de saúde brasileiro (critério C), 83 foram excluídos por não direcionarem-se a abordagem na Atenção Primária (critério D), 22 foram excluídos por não

estarem relacionados a violência por parceiro íntimo contra a mulher (critério E), 84 excluídos por tratarem-se de estudos de prevalência (critério F) e 10 foram excluídos por tratarem-se de estudos no contexto da pandemia de COVID19 (critério G). Foram ainda excluídos 5 documentos identificados como duplicados. Foram excluídos, portanto, 522 estudos, restando 86 estudos.

Segunda etapa: Os dois revisores (RV1 e RV2) leram na íntegra e independentemente os estudos selecionados, avaliando-os com base nos critérios de elegibilidade. Foi realizada uma nova reunião entre os revisores buscando consenso na seleção dos artigos, em caso de discordância sobre algum estudo, o terceiro revisor (RV3) realizou a escolha. Nessa etapa foram excluídos 45 estudos, restando um número final de 41 estudos. Do total de exclusões, 4 foram excluídos pelo critério A (não ter sido encontrado mesmo após tentativa de localiza-lo), 3 foram excluídos pelo critério B (por enquadrarem-se como editoriais, cartas e/ou revisões), 11 excluídos pelo critério C (não se tratar de estudos sobre o sistema de saúde brasileiro), 11 excluídos pelo critério D (não direcionarem-se a abordagem na Atenção Primária), 4 pelo critério E (não estarem relacionados a violência por parceiro íntimo contra a mulher), 5 pelo critério F (por tratarem-se de estudos de prevalência) e 4 pelo critério H (estudos relacionados a violência contra gestantes). Dos documentos analisados nesta etapa, 3 foram removidos pois após a leitura na íntegra foram identificados como duplicados.

Em todas as etapas, uma amostra de estudos foi selecionada no início do processo para a calibração dos critérios de inclusão e exclusão. Com o número final de estudos selecionados (41), foi realizado rastreio na listagem de referências de cada um deles com o intuito de captar possíveis documentos importantes que ainda não contemplassem a listagem final desta revisão de escopo. Fez-se ainda contato com três profissionais da área da Saúde Coletiva e com expertise na linha temática da violência para que eles pudessem indicar estudos que ainda não tivessem sido rastreados nas etapas anteriores da pesquisa. Sendo assim, mais 5 estudos foram selecionados, totalizando 46 documentos a comporem a revisão (quadro 5).

Quadro 2. Descrição dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre abordagem, na Atenção Primária à Saúde, da violência por parceiros íntimos contra a mulher (n=46)

Título	Autores	Objetivos	Ano
Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women	Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF	Mapear indicadores de violência contra mulheres do DISANE, pretendendo compreender como a notificação tem sido	2013

		realizada nos serviços e situar as principais dificuldades experimentadas pelos profissionais de saúde para efetivá-la.	
Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care	Marcos Claudio Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG	Descrever as intersecções entre políticas públicas, o SUS e os profissionais que cuidam para mulheres que vivem com DV em ambientes de APS"	2018
Women's primary care nursing in situations of gender violence	Visentin F, Vieira LB, Trevisan I, Lorenzini E, Silva EF	Identificar as ações realizadas pela atenção primária à saúde enfermeiros assistenciais a mulheres em situação de violência.	2015
Domestic Violence Against Women Perpetrated by Intimate Partner: Professionals' Social Representations in Primary Health Care	Santos WJ, Oliveira PP, Viegas SMF, Ramos TM, Policarpo AG, Silveira EAA	Compreender as representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.	2018
Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT	Conhecer como Unidades Básicas de Saúde absorvem e encaminham as demandas relativas às situações de violência percebidas pelos profissionais de saúde no atendimento cotidiano às usuárias	2009
Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal	Gomes NP, Erdmann AL, LA Bettinelli, GDC Higashi, Carneiro JB, Carneiro, Diniz NMF	Compreender os significados atribuídos por profissionais que atuam na ESF sobre a capacitação profissional para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal	2013
Domestic violence against women and professional intervention in primary healthcare: an ethnographic study in Matinhos, Paraná State, Brazil	Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG	analisar como profissionais da atenção primária à saúde atendem às mulheres em situação de violência doméstica, problematizando a noção de acolhimento em saúde	2013
Assimilating the theory and practice of domestic violence: Nursing professionals providing primary care	Amarijo CL, Edison Barlem LD, Acosta DF, Marques SC	Analisar a assimilação teórica e prática acerca da violência doméstica contra a mulher (VDCM) entre profissionais de	2018

for victims		enfermagem, considerando o atendimento às vítimas em unidade de saúde da família.	
Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals	Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF	Conhecer as concepções e ações de profissionais de saúde sobre a rede de atenção às mulheres em situação de violência.	2017
Revealing outcomes of care for women in situations of domestic violence	Carneiro JB, Gomes NP, Almeida LCG, Campos LM, Magalhães JRF, Lírio JGS, Virgens IR, Costa DSG	Revelar as percepções dos profissionais de saúde sobre os desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal.	2021
Intimate partner violence: women's experience in Primary Health Care in Rio de Janeiro, RJ, Brazil	Esperandio EG, Moura ATMS, Favoreto CAO	Compreender a experiência das mulheres em situação de violência íntima e suas expectativas no contexto do cuidado ofertado pelos serviços de saúde de APS do município do Rio de Janeiro.	2020
Are We Asking Too Much of the Health Sector? Exploring the Readiness of Brazilian Primary Healthcare to Respond to Domestic Violence Against Women	d'Oliveira AFPL, Pereira S, Bacchus LJ, Feder G, Schraiber LB, Aguiar JM, Bonin RG, Graglia CGV, Colombini M	Avaliar a preparação de duas clínicas de APS nas áreas urbanas do Brasil para integrar uma intervenção para fortalecer sua resposta à violência doméstica.	2022
Domestic violence against women from the perspective of the community health	Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY	Identificar e analisar, à luz de gênero, o posicionamento e as práticas profissionais dos ACSs diante da violência contra a mulher.	2009
Atuação dos enfermeiros da atenção Básica a mulheres em situação de violência	Silva NNF, Leal SMC, Trentin D, Vargas MAO, Vargas CP, Vieira LB	Identificar como os enfermeiros da ABS atuam diante dos casos de mulheres em situação de violência.	2017
Domestic violence against rural women: care practices developed by community health workers	Arboit J, Costa MC, Silva EB, Colomé ICS, Prestes M	Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas por ACS na atenção às mulheres em situação de violência doméstica residentes em áreas rurais.	2018
Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and	Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB	Conhecer a potencialidade e os limites ções para identificação de situações de violência contra	2019

limitations to identification		a mulher pelos profissionais da APS.	
O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica	Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS	Identificar e compreender os diferentes elementos do processo de trabalho na assistência à saúde da mulher em situação de violência de gênero, para verificar a adequação e articulação entre o objeto, a finalidade e o instrumento de trabalho.	2014
Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas unidades de saúde da família	Amarijo CL	Analisar a estrutura e o conteúdo das representações sociais acerca da violência doméstica contra a mulher, de enfermeiros e técnicos de enfermagem de Unidades de Saúde da Família do Município do Rio Grande/RS.	2015
Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde	Angulo-Tuesta AJ	Analisar as representações dos profissionais de saúde sobre o papel assinalado dos serviços públicos do setor diante da violência de gênero no âmbito doméstico.	1997
Fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde	Carneiro CT, Bezerra MAR, Rocha RC, Brito MA, Meneghetti FK	Analisar os fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde.	2022
Theoretical-explanatory model of the care provided to women in situations of violence in primary health care	Carneiro JC, Gomes NP, Campos LM, Estrela FM, Webler N, Santos JLG, Carvalho AAS	Elaborar um modelo teórico-explicativo do cuidado à mulher em situação de violência por parceiro íntimo no âmbito da APS.	2022
Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal	Carneiro JB, Gomes NP, Almeida LCG, Romano CMC, Silva AF, Webler N, Mauricio MDALLD	Conhecer as condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal.	2021
Care provided to women victims of intimate partner violence from the perspective of health professionals	Carneiro JB, Nadirlene Pereira Gomes NP, Estrela FM, Silva AF, Carvalho MRS, Webler N	Compreender como os profissionais da atenção primária à saúde atendem mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo.	2022

Formação profissional e notificação da violência contra a mulher	Cordeiro KCC, Santos RM, Gomes NP, Melo DS, Mota RS, Couto TM	Identificar a relação entre formação profissional e notificação da violência contra a mulher na ESF.	2015
Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio	Costa MC	Conhecer e analisar as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde e as influências dessas representações na implementação de decisões políticas e técnicas em ações de saúde. Analisar as agendas públicas locais de saúde direcionadas ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais, na perspectiva dos/as gestores/as e dos planos municipais de saúde. Analisar as formas concretas de atenção às mulheres rurais vítimas de violência e o potencial de efetividade do enfrentamento local, considerando-se o contexto rural e as pequenas municipalidades.	2012
Violence against women: the limits and potentialities of care practice	Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC,	Analisar as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial das equipes de Saúde da Família à mulher em situação de violência.	2013
Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM	Investigar a percepção dos médicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto sobre a violência contra mulheres por parceiros íntimos	2009
Lugares de (não) ver?: as representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde	Leal SMC	Conhecer e comparar as representações sociais da violência contra a mulher de profissionais e usuárias, considerando os atendimentos nos serviços de Atenção Básica de Saúde, na região Partenon/Lomba do	2010

		Pinheiro, no município de Porto Alegre.	
Mulheres em situação de violência doméstica: o ponto de vista dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde	Leite AC	Compreender algumas das significações psicológicas e culturais presentes entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a questão da violência doméstica contra a mulher, incluindo suas eventuais dúvidas para atendê-la.	2012
Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação	Leite AC, Fontanella BJB	Compreender algumas das significações psicoculturais presentes entre os profissionais da APS sobre a questão da violência doméstica dirigida a mulheres.	2019
Power devices used by nurses to fight domestic violence against women	Amarijo CL, Silva CD, Acosta DF, Cruz VD, Barlem JGT, Barlem ELD	Identificar os dispositivos de poder utilizados pelos enfermeiros para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher sob a perspectiva do exercício da parresia.	2021
Percepción de profesionales de salud sobre violencia contra la mujer: estudio descriptivo	Machado MES, Rodrigues LSA, Fernandes ETBS, Silva JM, Silva DO, Oliveira JF	Conhecer a percepção de profissionais de saúde acerca da violência contra a mulher.	2017
Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde	Terra MF	Analisar se as representações sociais de gênero e de direitos humanos das mulheres atendidas, e dos profissionais de saúde dos serviços de APS, modificam as práticas de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica de gênero.	2017
Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção	Costa MC, Silva EB, Arboit J, Honnef F, Marques KA, Barbier J, Silva DM	Descrever a atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família diante das situações de violência doméstica contra a mulher em contexto rural e os limites enfrentados para o seu desenvolvimento.	2019
Percepções de enfermeiros da atenção primária no	Mota JA, Aguiar RS	Analisar a percepção dos enfermeiros sobre o atendimento às mulheres	2020

atendimento às mulheres vítimas de violência sexual		vítimas de violência sexual na atenção primária.	
Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município Matogrossense	Nascimento VF, Rosa TFL, Terças ACP, Hattori TY, Nascimento VF	Identificar os principais desafios do atendimento aos casos de violência doméstica contra mulheres em um município de Mato Grosso.	2019
Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da estratégia saúde da família	Oliveira RNG	Compreender os limites e as possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família no que tange ao reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência de gênero.	2011
Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade?	Santos SC, Barros PA, Delgado RFA, Silva CVL, Carvalho VPS, Alexandre ACS	Compreender como é prestada a assistência à mulher vítima de violência, pelas enfermeiras na atenção primária à saúde.	2018
Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde	Sehnen GD, Lopes EB, Tier CG, Ribeiro AC, Macie AQS, Castilhos L	Conhecer a atuação da enfermeira nas Estratégias Saúde da Família frente à violência contra as mulheres.	2019
Violência Doméstica Contra a Mulher: Representações Sociais de Profissionais na Estratégia de Saúde da Família	Filho CCS	Analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e a assistência prestada.	2013
Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde	Silva VG, Ribeiro PM	Compreender como os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde identificam a violência contra as mulheres e descrever a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres.	2020
Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família	Gomes NP, Bonfim ANA; Barros RD; Filho CCS; Diniz NMF	Identificar elementos que contribuem para o enfrentamento da violência conjugal.	2014
Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de	Gomes NP, Erdmann AL	Construir uma matriz teórica a partir dos significados das interações e ações experienciadas	2014

saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher		pelos profissionais sobre as práticas de cuidado de enfermagem e saúde às mulheres em situação de violência conjugal, no âmbito da Estratégia Saúde da Família.	
Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero	Rodrigues VP, Machado JC, Simões AV, Pires VMMM, Paiva MS, Diniz NMF	Descrever a prática de trabalhadora(e)s de saúde da Estratégia de Saúde da Família às mulheres em situação de violência de gênero.	2014
Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero	Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY	Compreender os limites e as possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que tange ao reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência de gênero.	2012
Violência Doméstica e Sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento	Porto RTS, Júnior JPB, Lima EC	Analisar as percepções dos profissionais da saúde da família a respeito do enfrentamento da violência doméstica e sexual.	2014

Fonte: elaborado pela autora.

Deu-se início então a etapa de análise dos dados, onde em planilha de *Microsoft Excel*® foram coletados os dados bibliométricos de artigos selecionados: título, autores, palavras-chave, metodologia de coleta e análise de dados, tipo de estudo, revista, ano de publicação, local de realização da pesquisa, objetivo e população estudada.

Além dos dados acima descritos, para a análise dos documentos, foram determinadas três categorias, *a priori*, diretamente relacionadas aos objetivos específicos deste estudo, com a intenção de correspondê-los. Sendo elas: a (não) abordagem da violência por parceiros íntimos realizada pela APS; possíveis estratégias utilizadas pela APS brasileira para abordagem da violência por parceiros íntimos; e fatores que interferem na abordagem da VPI.

Lançando-se mão destas categorias, a planilha de Excel foi alimentada com o agrupamento de informações, identificação de vínculos e síntese de conteúdos dos estudos que respondessem aos objetivos de cada uma das três categorias analíticas. Concluída a transcrição e com a planilha de Excel devidamente alimentada iniciou-se o processo de análise e discussão dos resultados através desses três blocos de significados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

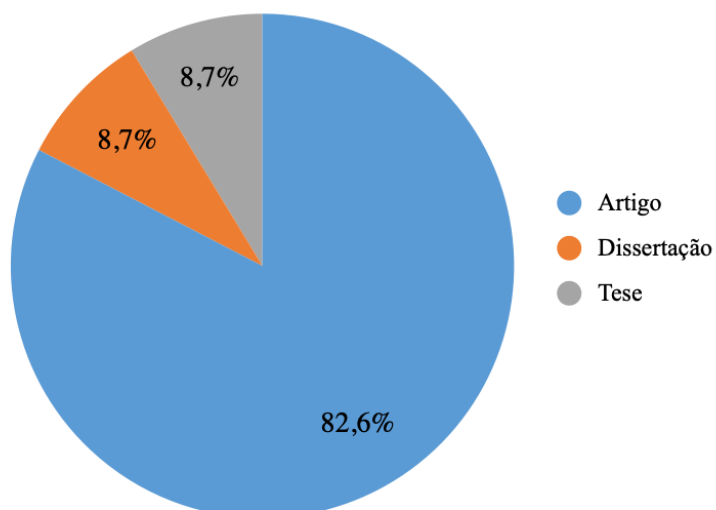
Os resultados a seguir serão expostos de acordo com as categorias citadas na seção metodologia. Optou-se por apresentar a caracterização dos estudos e as categorias analíticas “(não) abordagem da violência por parceiros íntimos realizada pela APS” e as “possíveis estratégias utilizadas pela APS brasileira para abordagem da violência por parceiros íntimos” em formato descritivo. Já a categoria “Fatores que interferem na abordagem da VPI” será apresentada no formato de artigo científico a ser submetido ao periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, conforme as normas do Programa de Pós-graduação para apresentação e defesa de dissertação.

A escolha de publicação do artigo baseado no recorte da terceira categoria analítica deu-se em virtude da sua importância. Entende-se, por meio da realização desta dissertação, que a abordagem da VPI está intimamente entranhada nos fatores que estão descritos nesta categoria. Sem a resolução de tais fatores torna-se difícil que estratégias para acolhimento de demandas relacionadas a VPI (segunda categoria) tenham real efetividade para construir uma abordagem (primeira categoria) consistente da problemática. Através dos achados da terceira categoria foi elaborado ainda um modelo teórico explicativo dos resultados encontrados, ele encontra-se disponível no apêndice B.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Dos estudos incluídos na presente revisão, 82,6% (38) são artigos científicos publicados em revistas, 34 foram publicados em revistas nacionais e apenas 4 em revistas internacionais. Outros 8,7% (4) são teses de doutorado e 8,7% (4) são dissertações de mestrado de diferentes instituições brasileiras. (Gráfico 1)

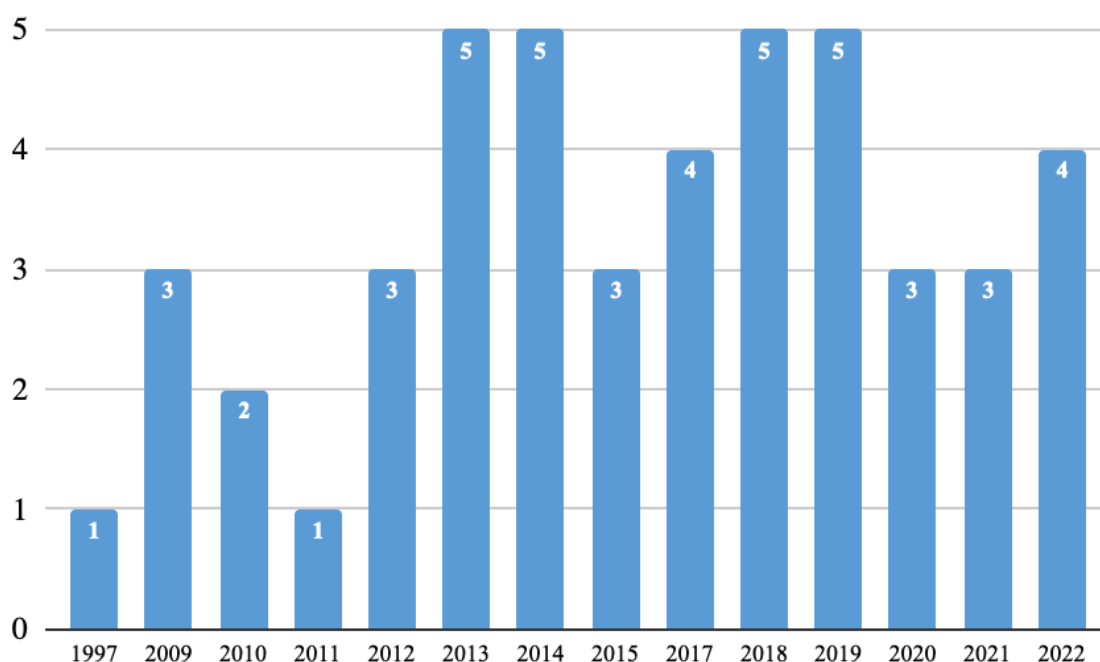
Gráfico 1. Tipos de estudos presentes na Revisão de Escopo.



Fonte: elaborado pela autora.

Tratando-se do ano de publicação, os estudos variaram entre 1997 e 2022, sendo os anos de maior publicação 2013, 2014, 2018 e 2019 com cinco publicações cada (gráfico 2). É possível perceber um hiato entre o ano de 1997 e 2009, após este ano percebe-se um crescimento e uma constância de publicações sobre a temática, variando entre uma e cinco publicações. Essa mudança temporal no número de estudos pode estar atrelada a progressiva discussão da temática no âmbito científico e jurídico. Historicamente nota-se avanços importantes tanto na construção e consolidação do sistema de saúde, com o fortalecimento da APS e da ESF, como do início de uma apropriação pelo SUS da temática da violência enquanto problema de saúde pública, muito impulsionada pela criação de políticas e legislações, já citadas na revisão de literatura da presente dissertação.

Gráfico 2. Número de estudos de acordo com seus respectivos anos de publicação.



Fonte: elaborado pela autora.

Sobre a metodologia para coleta de dados utilizada nos estudos captados, 84,8% (39) utilizaram entrevista como método, 4,3% (2) etnografia, 4,3% (2) grupo focal, 2,2% (1) método misto de grupo focal + entrevista + levantamento epidemiológico, 2,2% (1) pesquisa participante e 2,2% (1) grupo focal + entrevista. Os métodos de análise de dados mais utilizados foram Análise de Conteúdo com 37% (17), 15,20% (7) para Análise de Discurso, 13% (6) Teoria da Representação Social e 13% (6) Teoria Fundamentada em Dados.

5.2 A (NÃO) ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA POR PARCEIROS ÍNTIMOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Neste tópico serão trabalhados os conhecimentos científicos publicizados acerca do modo como a Atenção Primária à Saúde (não) tem percebido e (não) tem acolhido as demandas de violência por parceiro íntimo.

5.2.1 A não abordagem e o silenciamento

Como já citado no tópico de revisão de literatura, muitas das mulheres, que acessam a APS, são usuárias que sofrem VPI (Visentin *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2018). Porém não é incomum que as usuárias busquem os serviços ofertados sem o intuito de relatar a violência sofrida. Um dos estudos coletados pela revisão, realizado com 21 usuárias que

sofreram violência por parceiro íntimo, revelou relatos de mulheres frequentadoras da UBS que nunca haviam exposto situações de violência para sua ESF por não compreenderem o espaço como adequado para esse tipo de cuidado ou ainda porque não haviam sido questionadas pelos profissionais sobre a situação (D'Oliveira *et al.*, 2020).

De acordo com os achados captados, os profissionais de saúde têm apresentado dificuldade de abordagem em virtude desse silenciamento da mulher violentada, e por consequência, muitas vezes o contexto de violência só se torna explícito se resultar em lesões físicas visíveis, onde o corpo aparece como expressão de denúncia. (Costa, 2012; Silva Filho, 2013; Kind *et al.*, 2013; Gomes *et al.*, 2014; Visentin *et al.*, 2015; Arboit *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2017).

Diversos autores apontaram a questão dando luz a uma prática profissional que revela raízes em uma atenção biomédica estrita, voltada para o reconhecimento dos agravos da ordem física (Leal, 2010; Costa, 2012; Guedes, 2012; Leite, 2012; Almeida; Silva; Machado, 2013; Signorelli; Auad; Pereira, 2013; Gomes; Erdmann, 2014; Signorelli; Taft; Pereira, 2018; D'Oliveira *et al.*, 2020; Mota; Aguiar, 2020; Silva; Ribeiro, 2020). Em um contexto de violência física, os profissionais sentem-se “obrigados” a agir, pois situam-se no campo da racionalidade biomédica, direcionando a conduta para a “parte do corpo” afetada e para as consequências da violência vivida (Costa, 2012). De acordo com os achados encontrados nas produções científicas, essa conduta parece estar intimamente relacionada à construção de conhecimento e concepção enraizada nos profissionais de saúde, onde se trata os sinais e sintomas, de preferência físicos e encaminham-se as demandas subjetivas/de ordem psíquica aos profissionais especializados em saúde mental (Leal, 2010; Costa, 2012; Leite, 2012; Almeida; Silva; Machado, 2013; Gomes; Erdmann, 2014; Silva; Ribeiro, 2020).

Dessa forma, alguns dos autores selecionados, evidenciam que se acaba por não abordar as queixas implícitas, não investigar a raiz do problema e por produzir uma abordagem medicalizadora dos sintomas referidos, baseada na queixa-conduta (Auad; Pereira, 2013; Silva Filho, 2013; Signorelli; Taft; Pereira, 2018; Signorelli; Mota; Aguiar, 2020).

Tais resultados dialogam com pesquisa realizada em um município do interior do Ceará que evidenciou alta frequência de medicalização do sofrimento psíquico de pacientes da APS. De acordo com os autores o acolhimento do sofrimento mante-se médico-centrado e direcionado a prescrição medicamentosa, sem espaço para elaboração do sofrimento a partir das experiências do sujeito. Coloca-se, portanto, a medicação como única alternativa de abordagem, o medicamento torna-se o centro do cuidado e as consultas médicas passam a

reduzirem-se a renovações de receitas com pouco espaço para diálogo e exposição das raízes do sofrimento (Santos *et al.*, 2023).

Dialogam ainda com estudo desenvolvido na cidade de Fortaleza, onde os autores discutiram a tensão existente na APS entre o modelo biomédico que foi construído e fortalecido historicamente com olhar centrado na figura médica, dissociado do contexto social; e a tentativa de inserir um novo modelo assistencial guiado e representado pelo Programa de Saúde da Família (PSF) que seja contra hegemônico e que se projete para além da cura, com o olhar voltado para a família e a comunidade. De acordo com os pesquisadores, diversas questões dificultam a mudança de olhar, dentre elas o desconhecimento dos profissionais sobre o enfoque dado pelo PSF e uma população ainda dominada pelo curativismo (Esmeraldo *et al.*; 2017).

Essa lógica de atuação já está tão impregnada no cotidiano que os próprios usuários buscam por um modelo medicalizador, podendo como já citado não compreender que a abordagem da VPI possa ser realizada na APS. Santos *et al.* (2023) alertam que os usuários se dirigem aos diversos profissionais almejando por um “remédio” que possa solucionar seus sintomas ansiosos. O que evidencia a necessidade de construir um diálogo com a comunidade sobre outras possibilidades de cuidado.

Ainda mais complexa do que a abordagem biomédica e a dificuldade de enxergar a real raiz do problema, é a postura recorrente de não abordagem mesmo quando há a suspeita da violência ou até da sua identificação. A conduta de “não abordagem” foi discutida e relatada repetidamente nas pesquisas (Costa, 2012; Leite, 2012; Almeida; Silva; Machado, 2013; Gomes *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2018; D'Oliveira *et al.*, 2020; Esperandio; Moura; Favoreto, 2020; Carneiro *et al.*, 2021a; Carneiro *et al.*, 2022a). De acordo com os resultados encontrados, alguns profissionais não abordam a questão firmados no pensamento de que “não se mete a colher” (Santos *et al.*, 2018), outros não consideram um problema de saúde pública de fato (Costa, 2012), alguns profissionais não abordam por acharem que não é sua competência profissional e há aqueles que não se sentem preparados para lidar com esta demanda (Gomes *et al.*, 2013; D'Oliveira *et al.*, 2020; Esperandio; Moura; Favoreto, 2020; Carneiro *et al.*, 2021).

Alguns dos estudos evidenciaram o descompasso entre a necessidade crescente de abordagem da VPI e a prática cotidiana dos profissionais de saúde (Tuesta, 1997; Brandão; Cavalcanti, 2009; Costa, 2012; Almeida; Silva; Machado, 2013; Kind *et al.*, 2013; Silva Filho, 2013; Porto; Bispo Júnior; Lima, 2014; Borsoi). Parece haver uma postura profissional de recusa em reconhecer a alta frequência desse fenômeno no cenário de responsabilidade da APS (Kind *et al.*, 2013). Exemplo do exposto é o resultado encontrado na pesquisa de Tuesta (1997) onde quase a totalidade dos profissionais de saúde disseram que raramente atendem mulheres

em situações de violência. Para os entrevistados, essas demandas são maiores em serviços de emergências hospitalares, mostrando-se esporádicas na APS.

Tal achado é contraposto por diversas produções científicas que sinalizam uma alta porcentagem de mulheres violentadas frequentadoras da APS. Como exemplo, o estudo de Schraiber *et al.* (2002) com 322 mulheres onde evidenciou-se que 143 (44%) usuárias da APS haviam sofrido ao menos um episódio de violência física na vida adulta, sendo que em 110 dos casos o autor da violência foi o companheiro ou familiar. Ou outro estudo realizado por Silva *et al.* (2021) sobre VPI com 564 mulheres usuárias das Unidades de Saúde da Família da cidade de Foz do Iguaçu que evidenciou prevalência de 51,3% para violência psicológica, 36,5% para violência física e 22,8% para violência sexual. Ou ainda em pesquisa desenvolvida no Nordeste do Brasil em serviços de Atenção Primária, que examinou a prevalência e os fatores associados à violência contra a mulher por parceiro íntimo entre 369 mulheres constatando que a VPI foi uma realidade para 65,4% das mulheres em idade reprodutiva atendidas nos centros. (Lima *et al.*, 2021).

De acordo com as produções científicas encontradas pela RE, para não realizar a abordagem do problema, o encaminhamento (para a assistência social, serviço especializado de psicologia, centro de atenção psicossocial, NASF, dentre outros) de mulheres em situação de violência tem representado uma forma de transferência da responsabilidade sobre os casos identificados. Assim, os profissionais acabam por direcionar a usuária “para fora” do serviço, excluindo-a dos cuidados prestados na unidade de saúde, muitas vezes sem a pretensão da construção de uma abordagem multiprofissional (Leal, 2010; Leite, 2012; Signorelli; Auad; Pereira, 2013; Porto; Bispo Júnior; Lima, 2014; Arboit *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2022b; Carneiro *et al.*, 2022b).

A pesquisa captada pela RE e que foi realizada por Almeida, Silva e Machado (2013) alerta para uma postura de “psicologização” da violência, em que, quando da ausência de repercussões físicas/palpáveis, os profissionais sentem-se impotentes e incapazes de contribuir no cuidado, optando por encaminhar a vítima para quem, por formação, parece ter mais habilidade em abordar a temática. Em suma, transfere-se para à psicologia problemas de difícil resolução.

Essas informações dialogam com o trabalho de Santos *et al.* (2023) que identificou na fala de profissionais da APS o despreparo para ofertar uma escuta qualificada em virtude da insegurança, optando-se por condutas prescritivas ou o encaminhamento dos usuários para outros profissionais/serviços da rede de atenção. No estudo os profissionais mencionaram

dificuldades no atendimento a pacientes que apresentam algum tipo de sofrimento psicológico, demonstrando receio em lidar com choro, ou com relação ao que falar e ao que fazer.

Os resultados da revisão demonstram também que esses encaminhamentos, por vezes, são realizados de maneira informal, sem protocolo ou fluxo preestabelecido (Tuesta, 1997; Signorelli; Auad; Pereira, 2013; Signorelli; Taft; Pereira, 2018; Costa *et al.*, 2019; D'Oliveira *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2021b). O contato entre a APS e o serviço referência por vezes não se mantém, não havendo um compartilhamento do cuidado, retorno sobre seu desdobramento, contrarreferência ou uma abordagem multiprofissional/interdisciplinar (Leal, 2010; Signorelli; Auad; Pereira, 2013; Gomes; Erdmann, 2014; Silva *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2018; Sehnem *et al.*, 2019; Carneiro *et al.*, 2022b; Carneiro *et al.*, 2022c). Alguns dos estudos selecionados deflagraram inclusive o desconhecimento, por parte de profissionais integrantes das pesquisas, sobre pontos da rede e recursos comunitários disponíveis para encaminhamento das usuárias (Ferrante; Santos; Vieira, 2009; Gomes *et al.*, 2014; Porto; Bispo Júnior; Lima, 2014; D'Oliveira *et al.*, 2020).

Tais achados se assemelham aos apontamentos realizados em pesquisa com gestores, trabalhadores e usuários de um município da Bahia acerca do sistema de referências e contrarreferências da Rede de Atenção à Saúde, onde constatou-se que as ações dos gestores e trabalhadores de saúde para o funcionamento do sistema de referências e contrarreferências são incipientes, sendo algumas não pertinentes a sua efetividade. Constatou-se ainda que os documentos que regem os encaminhamentos da rede no município possuem direcionamento unilateral e vertical, sem orientações de contrafluxo (do sentido especializado para o serviço de APS) (Oliveira; Silva; Souza, 2021).

Dessa forma autores captados pela RE alertam que a recorrência de encaminhamentos descoordenados e sem diálogo entre os pontos da rede, pode contribuir para revitimização e manutenção da violência vivida, visto que a necessidade de expor novamente a situação coloca a vítima no papel angustiante de reviver a VPI (Arboit *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2017). Os contextos de violência são complexos e necessitam do envolvimento de diversos atores, mas para que o referenciamento torne-se de fato caminho para uma abordagem robusta, interdisciplinar e multiprofissional, é necessário que ele não seja instrumentalizado como uma forma de transferência de responsabilidade, afinal a realização do encaminhamento não retira da APS a responsabilidade no cuidado da usuária.

5.2.2 A abordagem

Para além da não abordagem da temática, os resultados da revisão demonstram que quando a prática profissional é capaz de proporcionar a visualização real do problema e há uma postura ação frente a ele, é comum que essa abordagem tenha limitações, sendo por vezes inconsistente e insegura (Fonseca *et al.*, 2009; Leal, 2010; Costa, 2012; Signorelli; Auad; Pereira, 2013; Gomes *et al.*, 2013; Terra, 2017; Silva; Ribeiro, 2020).

Diversos artigos retrataram o cenário de inconsistência em relação a aplicação do instrumento de notificação dos casos suspeitos/confirmados de violência (Kind *et al.*, 2013; Silva; Padoin; Vianna, 2013; Silva Filho, 2013; Amarijo, 2015; Cordeiro *et al.*, 2015; Machado *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2017; Signorelli; Santos *et al.*, 2018; Taft; Pereira, 2018; Leite; Fontanella, 2019; Nascimento *et al.*, 2019; Carneiro *et al.*, 2022c). Haja vista que desde o ano de 2003, a partir da publicação da legislação número 10.778 os serviços públicos e privados são obrigados a notificar casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher (Brasil, 2003b).

Grande parcela deles evidenciou o desconhecimento e a não notificação dos casos por parte dos profissionais (Leite, 2012; Kind *et al.*, 2013; Silva Filho, 2013; Amarijo, 2015; Cordeiro *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2017; Leite; Fontanella, 2019; Nascimento *et al.*, 2019; Carneiro *et al.*, 2022b; Carneiro *et al.*, 2022c; Santos *et al.*, 2018; Silva; Ribeiro, 2020). No estudo realizado por Amarijo (2015) dos 17 profissionais de enfermagem entrevistados e que referiram atendimento a vítimas de violência, 14 nunca haviam realizado a notificação.

Os resultados demonstram que profissionais possuem entendimento equivocado do instrumento e da sua obrigatoriedade (Kind *et al.*, 2013), acreditando que a notificação deva ser realizada apenas em casos confirmados do ocorrido (Carneiro *et al.*, 2022c), ou ainda apenas em casos de violência física (Carneiro *et al.*, 2022b). O estudo de Leite (2012) constatou que alguns servidores entendem que a notificação seja opcional, ficando a escolha a cargo da usuária.

É possível perceber ainda, através das produções científicas publicizadas, que a função da notificação e a sua distinção de denúncia também parecem ser um problema (Leite, 2012; Kind *et al.*, 2013, Amarijo, 2015; Machado *et al.*, 2017; Leite; Fontanella, 2019; D'Oliveira *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2022c). Foi frequente, nos documentos encontrados, relatos de profissionais participantes que não realizaram a notificação por medo de retaliação dos envolvidos, evidenciando entendimento errôneo de que ela tenha por finalidade representar denúncia, quando na verdade trata-se de um instrumento para fins epidemiológicos (Leite, 2012; Kind *et al.*, 2013; Machado *et al.*, 2017; D'Oliveira *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2022c). Foi identificado ainda medo e resistência por parte das usuárias, que também desconhecem a

sua utilização e sentem-se receosas em compartilharem os dados mesmo quando esclarecida a função da ferramenta (Nascimento *et al.*, 2019; Silva; Ribeiro, 2020).

Tais achados dialogam com estudo realizado por Vasconcelos *et al.* (2023) em que se concluiu que o Brasil apresenta grande subnotificação no setor Saúde, demonstrando a necessidade de capacitação dos profissionais para o reconhecimento de situações de violência e conscientização da importância da notificação. O estudo estimou a subnotificação de violência contra a mulher no Brasil em 98,5%, 75,9% e 89,4% para as violências psicológica, física e sexual, respectivamente, tendo os estados do Norte e Nordeste os menores índices de notificação.

Ainda mais preocupante do que uma abordagem inconsistente e insegura, retratada acima, é a prática enviesada e embasada no julgamento e culpabilização da vítima. Esse posicionamento foi deflagrado e discutido em algumas das referências encontradas e reflete uma postura profissional que para além de não contribuir com o processo de resolução do conflito e mitigação das situações no território, potencializa uma cultura opressora e destrutiva, onde a mulher é revitimizada e assume a responsabilidade pela violência vivida (Tuesta, 1997; Leal, 2010; Costa, 2012; Leite, 2012; Almeida; Silva; Machado, 2013; Terra, 2017; Santos *et al.*, 2018).

Dentre os achados, pode-se citar os resultados encontrados pelo estudo de Leal (2010) onde deflagrou-se que as evocações dos profissionais estão voltadas para a culpabilização da mulher pelo cenário em que ela se apresenta. Essa lógica de “submissão” acompanha o pensamento de que a vítima se encontra na situação de vítima porque quer, tal qual o dito popular: “tem mulher que gosta de apanhar”. Nessa perspectiva não se posiciona a violência como ação de um sujeito (o homem) mas como responsabilidade de outro (a mulher). Esses pensamentos interferem diretamente na conduta profissional, pois muitos assumem postura de não desenvolver estratégias para fortalecimento da pessoa em situação de violência, deixando que ela decida, como se permanecer em uma relação violenta fosse uma opção de vida (Leal, 2010).

Ou ainda estudo captado pela RE e desenvolvido por Terra (2017), em que se observou falhas importantes no acolhimento de demandas atreladas a VPI em virtude do julgamento dos profissionais acerca da realidade enfrentada pelas mulheres. O estudo aponta para posturas de não valorização das ações já realizadas pelas mulheres na busca pelo enfrentamento da situação vivida e para uma prática que compreende as usuárias como permissivas para violência sofrida por elas, principalmente no caso de vítimas que vivem em condições de extrema pobreza. A autora alerta que tal prática se distancia da perspectiva de gênero e reforça a culpa sobre as

mulheres, visualizando-as como submissas, pouco autônomas para tomar decisões por si próprias.

Nesse contexto torna-se difícil que a vítima visualize o serviço de saúde como porta de entrada para cuidados e integrante de uma rede capaz de impulsioná-la para resolução do problema, podendo inclusive reforçar estigmas da sociedade já internalizados no imaginário da vítima. Achados da revisão demonstram que nesse cenário de julgamentos e de culpabilização, os profissionais parecem considerar o problema como do âmbito do privado, reforçado por mais um dito popular “em briga de marido e mulher não se mete a colher”, sem possibilidade de interferência por parte da APS, o que em última instância faz com que esses profissionais não se responsabilizem pela construção de ações para abordagem do problema (Leal, 2010). Em suma e na visão dos autores Fonseca *et al.* (2009), da forma como o fenômeno tem sido trabalhado pela APS, não há uma tradução clara de práticas efetivas para o enfrentamento da violência de gênero.

Poucos foram os estudos que deflagraram condutas profissionais capazes de conduzir o problema em direção a uma resolução, com posturas de acolhimento, orientação sobre direitos, estímulo ao rompimento do ciclo, de incentivo a denúncias, notificação e encaminhamentos (Tuesta, 1997; Amarijo, 2015; Arboit *et al.*, 2016; Arboit *et al.*, 2018; Sehnem *et al.*, 2019; Amarijo *et al.*, 2021; Carneiro *et al.*, 2021a; Carneiro *et al.*, 2022a). Diversos estudos mencionaram o agente comunitário (ACS) como principal identificador da demanda, que quando a compreende como necessária de intervenção assume o papel de comunicar a equipe sobre o diagnóstico realizado no território (Terra, 2017; Amarijo *et al.*, 2018; Arboit *et al.*, 2018; Silva; Ribeiro, 2020). A função exercida por esses profissionais, proporciona uma maior aproximação com o território, permitindo que eles sejam elo entre a realidade vivida pelas usuárias e os demais profissionais de saúde. Os ACS visitam constantemente os usuários sob seus cuidados, adentrando no espaço doméstico que é o local de maior acontecimento dos atos violentos (Signorelli; Taft; Pereira, 2018; FBSP, 2021).

A primeira assistência geralmente é oferecida pelo enfermeiro, que de acordo com as necessidades, aciona outros atores (Tuesta, 1997; Leal, 2010; Guedes, 2012; Amarijo, 2015; Arboit *et al.*, 2016; Amarijo *et al.*, 2018; Arboit *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2018; Silva; Ribeiro, 2020). Nesse sentido, o tópico a seguir busca explorar as possíveis estratégias, relatadas na literatura e utilizadas por profissionais da APS, capazes de transpor o silenciamento e instituir uma abordagem mais consistente e efetiva da temática.

5.3 POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE PARA A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Para além da maneira como a abordagem da VPI tem se apresentado nos diferentes territórios da APS brasileira, foi possível deflagrar algumas ferramentas e estratégias, citadas por pesquisadores e participantes das pesquisas, capazes de contribuir para a criação de meios que possibilitem a identificação e abordagem de casos de violência. Esses dispositivos serão explorados no tópico que se segue.

Em primeira instância, foi frequentemente discutido a importância da promoção de espaço seguro e apropriado permitindo que a usuária se sinta confortável em expor o problema que vivencia (Tuesta, 1997; Oliveira, 2011; Leite, 2012; Silva; Padoin; Vianna, 2013; Arboit *et al.*, 2018; Arboit; Padoina; Vieira, 2018; Esperandio; Moura; Favoreto, 2020). Esse ambiente foi citado por profissionais de saúde, mas também por usuárias que em estudo realizado por Esperandio, Moura e Favoreto (2020) expressaram o desejo de espaços onde se sentissem confortáveis para se expressarem e serem escutadas. Dentre os estudos coletados, o realizado por Arboit, Padoina e Vieira (2018) apontou que a privacidade da mulher precisa ser garantida, sendo importante que o profissional crie ambientes de contato sem a companhia do agressor, visto que este pode exercer controle sobre a situação impedindo qualquer abordagem.

Corroborando com os achados citados, contexto semelhante foi identificado em estudo realizado na região centro do Rio de Janeiro, que deflagrou relato de profissional de saúde sobre experiência exitosa na abordagem de caso de VPI durante atendimentos de consulta de pré-natal, momento em que o agressor (que mantinha a vítima em cárcere) não presenciava o atendimento. Com um ambiente seguro e com o contato próximo à enfermeira, a paciente sentiu-se confortável para expor a situação e solicitar auxílio e resgate (Gonsalves; Schraiber, 2021).

As consultas ginecológicas e de pré-natal foram mencionadas por estudos da RE, por serem capazes de possibilitar uma abordagem mais consistente (Tuesta, 1997; Oliveira, 2011; Arboit; Padoina; Vieira, 2018). Visitas domiciliares (VD) foram fortemente citadas visto que aproximam o profissional de saúde das usuárias, em especial o ACS, possibilitando a visualização do contexto de vida e de sinais que permitem a identificação do problema, além de estabelecerem um contato mais próximo e de confiança, pautado em um diálogo com mais horizontalidade e espontaneidade (Oliveira, 2011; Silva; Padoin; Vianna, 2013; Arboit *et al.*, 2018; Arboit; Padoina; Vieira, 2018).

A importância de espaços acolhedores e confortáveis é prevista também na Política Nacional de Humanização (PNH), como fundamental para que se haja privacidade e que os

espaços sejam capazes de proporcionar encontros saudáveis entre os atores (profissionais e usuários) (Brasil, 2013c).

Mas para além do ambiente de abordagem, alguns dispositivos como acolhimento e criação de vínculo, foram identificados como essenciais para criação de uma relação que possibilite a quebra do silêncio e a exposição da situação. Eles foram citados pois são capazes de, a longo prazo, permitir a construção de uma relação pautada em empatia e confiança, com poder de resultar em intervenções positivas, visto que é comum que as usuárias busquem profissionais aos quais se sentem mais próximas na ânsia por acolhimento nos momentos de fragilidade (Costa, 2012).

O acolhimento foi constantemente apontado (Costa, 2012; Porto; Bispo Júnior; Lima, 2014; Amarijo, 2015; Terra, 2017; Arboit; Padoina; Vieira, 2018; Signorelli; Taft; Pereira, 2018; Sehnem *et al.*, 2019), sendo compreendido como uma maneira efetiva de promoção de um diálogo seguro, onde a usuária se sente valorizada e há maior espaço para a identificação de situações de violência. De acordo com estudo selecionado pela revisão, o acolhimento deve presumir uma assistência qualificada, sensível e empática, livre de culpabilização e por isso é essencial à abordagem da violência, pois é o retrato do desafio de transpor uma atenção à saúde baseada nos saberes e tecnologias da prática médica estrita, para um olhar integral voltado a tratar de problemas complexos e multifacetados como a VPI (Arboit; Padoina; Vieira, 2018).

Tal percepção é reforçada pela PNH que define que acolher é reconhecer como legítima e singular as necessidades de saúde trazidas pelo outro. A Política pontua que o acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes e usuários. Ele precisa ser pautado em uma escuta qualificada que seja capaz de se transformar em garantia de acesso oportuno dos usuários às tecnologias adequadas às suas necessidades (Brasil, 2013c).

Já o vínculo, quando construído na relação entre profissional e usuária, permite o compartilhamento de informações, pensamentos, concepções, assim como o desvelar do contexto da usuária e a criação de espaços de cuidado não acessíveis em contatos pontuais, como os baseados em queixa-conduta. Ele foi amplamente explorado, nas referências científicas disponíveis, como meio indispensável para uma abordagem consistente da VPI (Leal, 2010; Oliveira, 2011; Costa, 2012; Silva; Padoin; Vianna, 2013; Visentin *et al.*, 2015; Arboit *et al.*, 2018, Costa *et al.*, 2019; Mota; Aguiar, 2020).

Assemelha-se a esses achados, estudo que objetivou captar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o vínculo e o acolhimento na APS. Para os profissionais entrevistados pela pesquisa, o vínculo e o acolhimento, que perpassa a construção de afetividade e de confiança, favorecem a dimensão relacional. Os enfermeiros entrevistados acreditam que

uma abordagem pautada na empatia e no respeito ao outro potencializa o cuidado e favorece a construção de projetos terapêuticos com corresponsabilização mesmo diante de casos complexos. Além de melhorar a percepção que os usuários têm da profissão, tornando o enfermeiro um membro valorizado na APS (Lachtim *et al.*, 2022).

Além disso, profissionais de saúde participantes de alguns dos estudos coletados pela RE mencionaram também a importância do trabalho em equipe para que o problema seja discutido e abordado em conjunto (Leal, 2010; Gomes; Erdmann, 2014; Terra, 2017; Costa *et al.*, 2019). O trabalho em equipe permite a contribuição de diferentes atores, com diferentes formações técnicas e no exercício de distintas funções. A perspectiva de abordagem em conjunto permite discussão, o planejamento do caso e a construção de caminhos utilizando-se da expertise dos diferentes profissionais e dando suporte para o servidor que possa ter identificado a situação de violência, mas sinta-se inseguro na abordagem da temática. O espaço de reunião de equipe foi mencionado como o local seguro e apropriado para a sua discussão (Gomes; Erdmann, 2014; Terra, 2017).

Os estudos mencionaram também a importância do trabalho em rede, haja vista que o fenômeno da violência não depende exclusivamente do setor saúde, fazendo-se necessário que o acionamento de outros atores, promovendo a corresponsabilização e a união de forças de setores como polícia, justiça, assistência social, educação, dentre outros (Borsoi; Brandão; Cavalcanti, 2009; Gomes *et al.*, 2014; Gomes; Erdmann, 2014; Terra, 2017; Costa *et al.*, 2019; Nascimento *et al.*, 2019; Amarijo *et al.*, 2021; Carneiro *et al.*, 2022b; Carneiro *et al.*, 2022a).

Tais apontamentos correlacionam-se com conhecimentos publicizados por Mendonça e Lanza (2020), onde intersetorialidade é compreendida como favorecedora das políticas de saúde voltadas a mudança do modelo de atenção, justamente por ser capaz de superar a fragmentação das políticas públicas.

Corroborando também pesquisa de Gonsalves e Schraiber (2021), que investigou as possibilidades de construção de uma rede intersetorial entre a APS e serviços especializados no atendimento a mulheres vítimas de violência. O estudo identificou condutas de encaminhamento da APS a serviços como os serviços de assistência social, serviços especializados da segurança públicas, centros de referência e sistema de justiça. De acordo com as pesquisadoras, há potencial para a construção de uma assistência em rede, ainda que diversos obstáculos institucionais e da cultura assistencial de cada tipo de serviço gerem uma configuração ainda pouco integrada.

Apesar da diversidade de ferramentas e estratégias capazes de contribuir para a construção de um processo de trabalho que acolha as demandas de violência, o primeiro tópico

do capítulo resultados evidencia que, no dia a dia da APS, há fragilidade na sua aplicação, fazendo com que a VPI não venha sendo acolhida de maneira consistente. Dessa forma, o tópico a seguir busca elencar e explorar entraves que impedem a utilização desses dispositivos e a consolidação de um processo de trabalho capaz de absorver consistentemente demandas de violência.

5.4 FATORES QUE INTERFEREM NA ABORDAGEM DA VPI

FATORES QUE INTERFEREM NA ABORDAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES PROVOCADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS: REVISÃO DE ESCOPO

RESUMO

O presente estudo busca responder à pergunta de pesquisa: Como a literatura científica apresenta as abordagens da Atenção Primária à Saúde brasileira para situações de violência por parceiros íntimos contra as mulheres? com objetivo de Analisar as evidências científicas sobre as abordagens da APS para situações de violência contra as mulheres provocadas por parceiros íntimos. A metodologia foi baseada na construção de uma revisão de escopo, onde a estratégia de busca foi aplicada nas bases de dados: CINAHL, Embase, Lilacs, Pubmed/MEDLINE, Scielo, Scopus, Web of Science e na literatura cinzenta. Foram selecionados 46 estudos relacionados a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde. De acordo com os resultados, diversos fatores interferem na abordagem efetiva da problemática. Dentre eles, sentimentos e emoções como medo, impotência e desamparo, sentidos por profissionais de saúde e a falta de formação para a temática. Mas para além dessas questões, os estudos apontam que o contexto de trabalho na Atenção Primária não tem favorecido a abordagem de temas complexos como a violência por parceiro íntimo contra a mulher. Foi apontada a sobrecarga dos serviços, a limitação de tempo para atendimentos aos usuários, a imposição do comprimento de metas moldadas pela lógica da produtividade e a alta rotatividade dos profissionais.c

Atenção Primária à Saúde, Violência de gênero, Violência por parceiro íntimo, Violência doméstica

ABSTRACT

The present study seeks to answer the following research question: How does the scientific literature present the approaches used in Brazilian Primary Health Care to deal with situations of intimate partner violence against women? The objective of the study is to analyze the scientific evidence regarding the approaches used in PHC to deal with situations of intimate partner violence against women. The methodology was based on the construction of a scoping review, and the search strategy was applied to the following databases: CINAHL, Embase,

Lilacs, Pubmed/MEDLINE, Scielo, Scopus, Web of Science, in addition to the gray literature. 46 studies related to the approach to intimate partner violence against women in Primary Health Care were selected. According to the results, several factors interfere in the effective approach to the problem. Among them, feelings and emotions such as fear, impotence and helplessness felt by health professionals can be highlighted, in addition to the lack of training on the subject. But beyond these issues, studies indicate that the work context in Primary Care has not favored the approach to complex issues such as intimate partner violence against women. Factors such as the overload of services, the limited time to assist users, the imposition of meeting goals shaped by the logic of productivity and the high turnover of professionals were pointed out.

Primary Health Care, Gender-Based Violence, Intimate Partner Violence, Domestic Violence

INTRODUÇÃO

Ao olhar para a trajetória da humanidade nota-se a constância de eventos violentos, comprovando que a violência é fundamentalmente um problema social, sendo que alguns dos seus impactos são facilmente perceptíveis enquanto outros são intimamente enraizados no tecido social, econômico e cultural da vida humana^{1,2,3}. Nessa perspectiva, a violência contra a mulher deve ser compreendida como uma violência baseada no gênero, que representa a desigualdade no exercício de poder das relações conjugais contemporâneas e é uma representação explícita da violação dos direitos humanos^{4, 5, 6, 7, 8, 9}.

A forma mais comum de violência contra a mulher é a praticada por seu parceiro íntimo. Exemplo disso pode ser evidenciado no relatório da pesquisa “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil” do ano de 2021, em que uma a cada quatro mulheres com mais de 16 anos referiram terem sofrido violência, sendo que desse número, 72,8% relataram que o autor da violência era conhecido, com destaque para atuais parceiros (25,4%), e ex-parceiros (18,1%)¹⁰. De acordo com o Anuário de Segurança Pública de 2022 houve ao menos 3 feminicídios por dia no Brasil em 2021, representando um crescimento de 44,3% quando comparado ao ano de 2016. O Anuário mostra que em caso de feminicídio o principal autor é o

companheiro/ex-companheiro (81,7%), sendo as residências o local onde ocorrem a maior parte dos crimes (65,5%)¹¹.

A VPI traz consequências importantes para a saúde de quem a vivencia, havendo associação positiva entre histórico de violência e sintomas de problemas de saúde. Mulheres com histórico de VPI são significativamente mais propensas a relatar saúde geral ruim e em caso de violência física e/ou sexual, significativamente mais propensas a pensar em suicídio¹².

Mesmo sabendo das repercussões para a saúde, historicamente os setores de segurança pública e justiça tiveram e têm assumido grande parte da responsabilidade em abordar a temática^{5, 13, 14}. Entretanto a complexidade do fenômeno assinala para a necessidade do comprometimento de setores como o da Saúde Coletiva na sua abordagem. Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde (APS), representando a base do sistema, mostra-se como ponto fundamental a compor a rede de enfrentamento. A APS cumprindo com seus princípios/diretrizes e estando atenta às demandas do território pode ser capaz de contribuir com a comunidade na prevenção e ação frente ao problema, proporcionando abordagem qualificada na perspectiva da vítima e do agressor, dando os devidos encaminhamentos e tratamentos aos casos do território^{14, 15, 16, 17, 18}.

Estudos^{19, 20} têm demonstrado que a Unidade Básica de Saúde tem sido um dos locais mais frequentados pelas mulheres que sofrem VPI, mas com frequência essa demanda permanece implícita. Pesquisa realizada na APS da cidade de São Paulo identificou maior uso do serviço de saúde por mulheres que experimentam ou já experimentaram VPI, confirmando ainda que esse maior uso está diretamente relacionado à gravidade e repetição da situação de violência²¹. Entretanto, sua invisibilidade dificulta o seu manejo, estudos apontam que profissionais de saúde têm apresentado dificuldade em identificar e abordar a VPI^{1, 20, 8, 13}. É

frequente ainda que mesmo quando percebido o problema, ele seja negligenciado ou naturalizado. Ao que parece, a APS tem atendido problemas de saúde decorrentes da violência, mas mostra falhas em abordar o seu nó crítico^{1, 20, 8, 13}.

Compreendendo o contexto explicitado, o presente estudo busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: Como a literatura científica apresenta as abordagens da Atenção Primária à Saúde brasileira para situações de violência por parceiros íntimos contra as mulheres? tendo como objetivo analisar as evidências científicas na busca por deflagrar o cenário e compreender os fatores que interferem na abordagem da VPI pelos profissionais da APS. Acredita-se que esse seja o primeiro passo para que se faça possível traçar proposições que impulsionem mudanças práticas da realidade, em busca do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como espaço também responsável na abordagem dos casos de VPI.

METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma revisão de escopo (RE). Essa metodologia busca a sintetização de evidências, independentemente da sua fonte, e tem dentre outros objetivos, o de identificar/mapear conhecimentos publicizados sobre um determinado assunto e identificar os principais fatores relacionados a um conceito. É uma triagem baseada em protocolo de seleção de fontes, que deve ser conduzida com rigor metodológico, por mais de um autor^{22, 23}.

Dessa forma, este estudo foi desenvolvido de maneira sistemática a partir do estabelecimento de protocolo previamente registrado e publicado na plataforma Open Science Framework, sob link de acesso osf.io/37tfh e sob identificação DOI: 10.17605/OSF.IO/FJ73Q. Para garantir do rigor metodológico, teve como guia as recomendações da versão check Prisma-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for

Scoping Reviews), que contém os critérios a serem avaliados e aplicados para realização de uma estudo de revisão²⁴.

As estratégias de busca foram desenvolvidas, em parceria com a Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, usando-se texto livre e termos MeSH/Decs combinados com operadores booleanos “OR” e “AND”. Como exemplo cita-se a estratégia utilizada para a base de dados Pubmed/Medline: ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service") AND ("Violence Against Women" OR "Crimes against Women" OR "Gender-Based Violence"[Mesh] OR "Gender-Based Violence") AND ("Intimate Partner Violence"[Mesh] OR "Intimate Partner Violence" OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR "Domestic Violence"[Mesh] OR "Domestic Violence").

As bases de dados escolhidas foram CINAHL, Embase, Lilacs, Pubmed/MEDLINE, Scielo, Scopus e Web of Science. A pesquisa contemplou também as seguintes bases de literatura cinzenta: Proquest, Google Scholar e Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações (BBTD). Sendo que para na literatura cinzenta foram coletados os primeiros 100 links (classificados por relevância). Não houve limitação de data para os estudos, nem tão pouco limitação de tamanho da amostra.

O percurso metodológico foi conduzido de acordo com o proposto por Arksey e Omalley²³. Sendo composto por 5 etapas:

Estágio 1: identificação da questão de pesquisa.

Balizado pelo protocolo citado anteriormente, o estudo buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: Como a literatura científica apresenta as abordagens da Atenção Primária à Saúde brasileira para situações de violência por parceiros íntimos contra as mulheres?

Estágio 2: identificação de estudos relevantes.

Realizada através da aplicação da estratégia de busca, em 08/02/2023, nas respectivas bases de dados. Todos os artigos encontrados foram arquivados no gerenciador de referências EndNotes®. Ao total 1238 estudos foram captados. Desse total, foram removidos 385 estudos duplicados sinalizados nesta mesma plataforma (figura 1).

Estágio 3: seleção dos estudos.

Para a avaliação dos estudos através dos critérios de inclusão e exclusão, todos os documentos foram transferidos ao gerenciador de referências Rayyan®. Já na plataforma Rayyan® foi realizada a segunda remoção manual de artigos duplicados. Ao todo foram identificados mais 245 documentos duplicados que não haviam sido sinalizados no Endnotes®. Totalizando, portanto, 630 estudos duplicados excluídos, restando 608 a serem criteriosamente avaliados.

Para avaliação foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- A) Estudos relacionados a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde
- B) Estudos na perspectiva do profissional de saúde sobre a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde
- C) Estudos na perspectiva dos usuários sobre a abordagem da violência por parceiros íntimos contra a mulher, na Atenção Primária à Saúde

EXCLUSÃO:

- A) Estudos ausentes na íntegra mesmo após tentativa de acesso ao documento
- B) Editoriais, cartas e revisões
- C) Estudos que não sejam sobre o sistema de saúde brasileiro
- D) Estudos que não estejam relacionados a abordagem na Atenção Primária à Saúde
- E) Estudos não relacionados à violência por parceiros íntimos/doméstica contra a mulher

F) Estudos de prevalência

G) Relacionados ao contexto da pandemia de COVID19

H) Estudos relacionados a violência contra gestantes

Primeira etapa de avaliação: Dois revisores triaram os estudos de forma independente, com base nos critérios de elegibilidade, através da leitura de títulos e resumos. As divergências foram solucionadas em reunião de consenso, onde em caso de permanência da discordância o terceiro revisor fazia a escolha. Foram então excluídos 522 estudos, restando, 86 estudos. Um artigo foi excluído por não ter sido encontrado mesmo após tentativas de localiza-lo, 39 artigos foram excluídos por enquadrarem-se como editoriais, cartas e/ou revisões, 278 artigos foram excluídos por não se tratarem de estudos sobre o sistema de saúde brasileiro, 83 foram excluídos por não direcionarem-se a abordagem na Atenção Primária, 22 foram excluídos por não estarem relacionados a violência por parceiro íntimo contra a mulher, 84 excluídos por tratarem-se de estudos de prevalência e 10 foram excluídos por tratarem-se de estudos no contexto da pandemia de COVID19. Foram ainda excluídos 5 documentos identificados como duplicados.

Segunda etapa de avaliação: Os dois revisores leram na íntegra, de maneira independente, os 86 estudos selecionados, tendo como base os critérios de elegibilidade. As divergências foram novamente solucionadas em reunião de consenso, onde em caso de permanência da discordância o terceiro revisor fazia a escolha. Nesse processo foram excluídos 45 estudos, restando um número final de 41 estudos.

Do total de exclusões, 4 foram excluídos por não ter sido encontrado na íntegra mesmo após tentativa de localiza-lo, 3 foram excluídos pelo critério por enquadrarem-se como editoriais, cartas e/ou revisões, 11 excluídos por não se tratarem de estudos sobre o sistema de saúde brasileiro, 11 excluídos não direcionarem-se a abordagem na Atenção Primária, 4 por não estarem relacionados a violência por parceiro íntimo contra a mulher, 5 pelo por tratarem-

se de estudos de prevalência e 4 por estarem relacionados a violência contra gestantes. Foram excluídos ainda 3 estudos identificados como duplicados.

Após obtida a listagem final de artigos contemplados na revisão, foi realizada busca adicional da lista de referências de cada um deles com o objetivo de rastrear possíveis documentos que ainda não estivessem na listagem final obtida pela estratégia de busca. Para garantia da abrangência da pesquisa foi realizado ainda contato com três profissionais, pós-graduados em Saúde Coletiva, com expertise na temática da violência, na busca por artigos que ainda não houvessem sido captados. Mais 5 estudos foram selecionados, chegando-se ao total de 46 documentos a comporem a revisão.

Estágio 4: mapeamento dos dados.

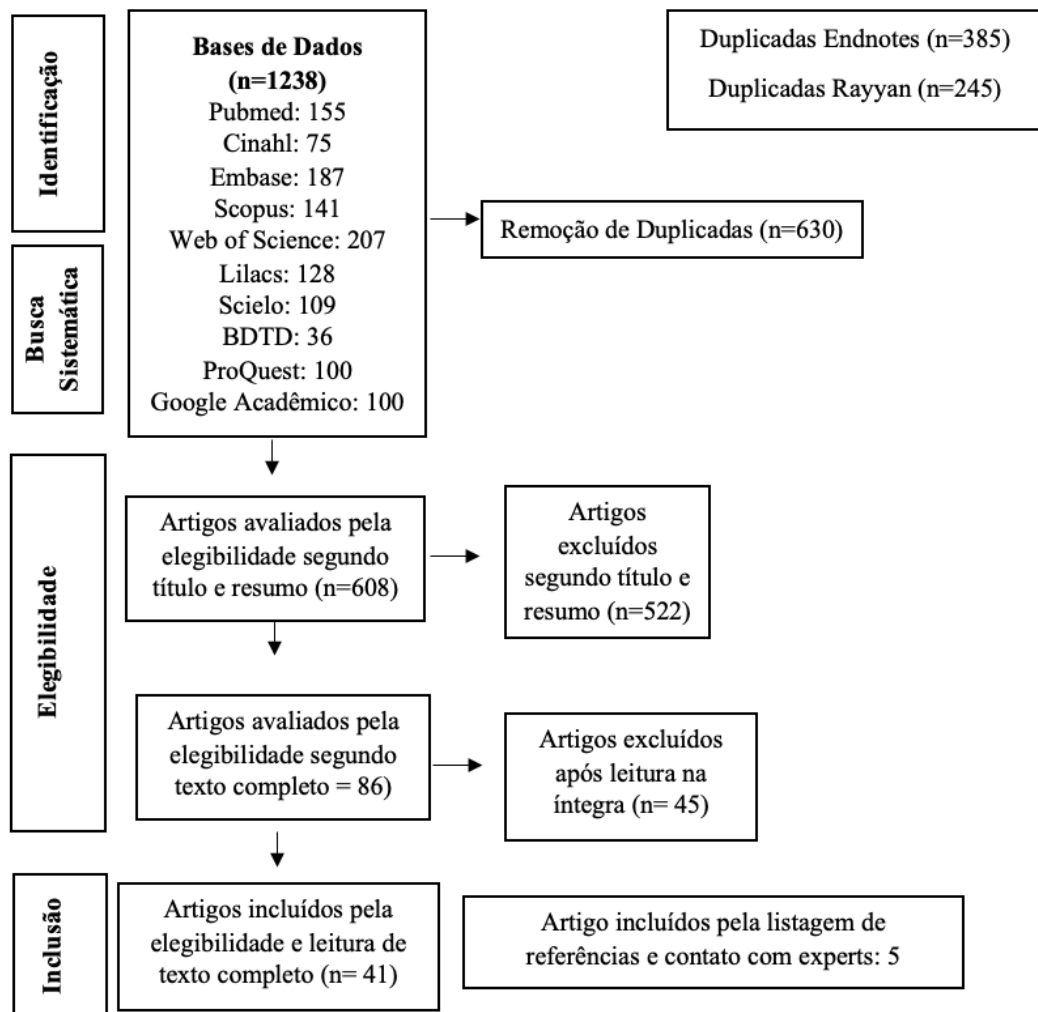
A análise de dados ocorreu a partir da construção de planilha de *Microsoft Excel*® onde foram coletados os seguintes dados bibliométricos de artigos selecionados: título, autores, palavras-chave, metodologia de coleta e análise de dados, tipo de estudo, revista, ano de publicação, local de realização da pesquisa, objetivo e população estudada.

Para análise aprofundada dos achados dos artigos, foi determinada a categoria analítica “fatores que interferem na abordagem da VPI”. Dessa forma a planilha do *Excel*® foi alimentada com o agrupamento de informações e síntese de conteúdos dos estudos que respondessem a categoria escolhida. O processo de análise e discussão dos achados científicos deu-se através dos dados colhidos nesta etapa.

Estágio 5: reunião, resumo e relato dos resultados.

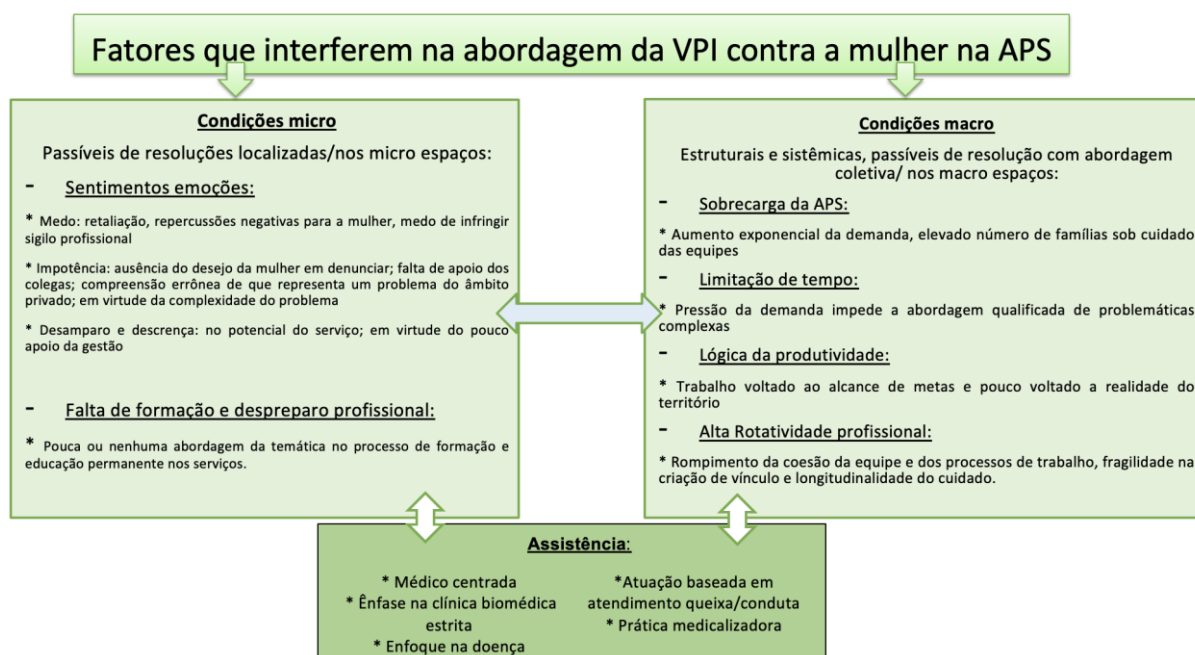
Após a coleta e análise de dados, seguiu-se para a etapa de construção dos resultados e sua discussão, que serão expostos no tópico a seguir.

Figura 1 Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 2 Modelo lógico dos resultados encontrados.



De acordo com os conhecimentos disponibilizados nos estudos que compõem a revisão, diversos fatores interferem na abordagem efetiva da VPI. Esses fatores variam desde condições individuais passíveis de resolução através do processo de trabalho de cada equipe; até questões de ordem coletiva, determinadas por condições sociais, políticas e econômicas, que para serem solucionadas necessitam de movimento coletivo na luta pelo resgate e consolidação de um modelo de saúde mais comunitário e social²⁵(figura 2).

Dentre as dificuldades encontradas nos documentos selecionados, sentimentos e emoções foram frequentemente citados pelos profissionais participantes das pesquisas. O medo foi constantemente relatado, principalmente no que se refere a retaliação^{26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33}, onde o profissional acaba por permanecer calado, receoso com as possíveis repercussões negativas em caso de intervenção. Foi mencionado ainda medo de repercussões negativas para as próprias usuárias²⁷, medo da reação da usuária quando da abordagem por parte do profissional³⁰ e medo de infringir eticamente o sigilo profissional³².

Tal achado assemelha-se a estudo que buscou caracterizar a violência sofrida por profissionais de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde da Família. De acordo com a

pesquisa, a violência está presente no ambiente laboral dos profissionais de enfermagem e por consequência gera atitudes defensivas, medo e desânimo nos servidores³⁴.

O sentimento de impotência também foi citado na literatura como um causador da inércia dos profissionais^{28, 31, 34, 36, 37, 38, 39, 40}. Os motivos atrelados a impotência variaram entre: a ausência de desejo da mulher em denunciar a situação vivida^{34, 41}, o próprio despreparo profissional^{28, 36}, a compreensão errônea de que casos de violência são do âmbito privado³⁶, a falta de apoio na abordagem por parte de outros profissionais³⁷, ou ainda o sentimento de pouca resolutividade, visto que a complexidade do problema faz com que intervenções individuais e estritamente técnicas sejam poucos efetivas^{38,39, 40}.

Os achados mencionados acima corroboram com os conhecimentos publicados no Caderno de Atenção Básica que trata da saúde mental. Segundo o documento, a sensação de não saber o que fazer causa nos profissionais de saúde o sentimento de impotência, ou ainda propicia o distanciamento e a resistência do profissional na abordagem de usuários em sofrimento psíquico⁴⁵.

A sensação de desamparo^{39, 42, 43} e a descrença no potencial do serviço em abordar a questão^{25, 27, 44} também foram trabalhadas em estudos captados e estão diretamente relacionadas à impotência acima descrita. Profissionais de saúde criticaram o pouco investimento na visibilidade do problema da violência doméstica por parte dos gestores municipais, fazendo com que os servidores se sintam isolados na abordagem da questão²⁷. De acordo estudo realizado na região sul do Brasil⁴², a falta de apoio institucional faz com que profissionais de saúde sofram junto com as usuárias.

Para além dos sentimentos e emoções, a falta de formação^{27, 29, 30, 32, 34, 38, 42, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52} e o despreparo profissional^{36, 53, 54, 55, 56, 57} foram mencionados, por pesquisadores e profissionais participantes dos estudos coletados, como fatores que interferem na abordagem da VPI visto que os servidores passam a sentir-se inseguros em realizar a abordagem de um

assunto do qual não possuem domínio³⁴. Exemplo disso é o estudo captado pela revisão⁴⁸ onde 61,5% dos profissionais participantes não haviam passado por formações sobre a temática. De acordo com alguns dos autores selecionados^{47, 48, 58} essa deficiência está presente na graduação, na pós-graduação e nas capacitações dos serviços que não parecem integrar a temática e por vezes priorizam a formação profissional curativista e biomédica.

Tais achados corroboram com estudo⁵⁹ realizado com 32 estudantes dos últimos semestres de graduação em fisioterapia, enfermagem, odontologia e medicina, onde constatou-se que os universitários possuem conhecimento incipiente sobre a identificação e conduta frente a casos de violência doméstica contra a mulher. Ou ainda por estudo⁶⁰ que evidenciou o despreparo dos estudantes de enfermagem no processo de identificação e assistência à mulher vítima de violência, em virtude da falta de vivências sobre o assunto durante a graduação.

Como mencionado anteriormente, para além das questões individuais citadas, entraves provenientes das esferas política e econômica também foram mencionados, essas questões retroalimentam os sentimentos vivenciados pelos trabalhadores. Em diversos estudos coletados^{27, 38, 31, 32, 48, 50} profissionais apontaram que o contexto de trabalho na APS não tem favorecido a abordagem de temas complexos como a VPI. Foi mencionada a falta de tempo para abordagem qualificada da questão, em virtude da sobrecarga do setor, com o aumento exponencial da demanda^{27, 28, 31, 32, 48, 50}.

Em uma das pesquisas coletadas⁵⁸, entrevistados referiram que a atenção dispensada aos usuários não ocorre de maneira adequada principalmente porque há uma elevada quantidade de atribuições a cargo dos servidores, há um elevado número de famílias sob sua responsabilidade e um processo de trabalho centralizado em desempenho com excessiva necessidade de atividades burocráticas. Outro estudo captado²⁵ deflagrou o diagnóstico realizado pelas próprias usuárias de que os servidores não possuem tempo para abordar a VPI.

Informações essas que se assemelham a pesquisa realizada em um município do interior do Ceará, onde os autores constaram que as imposições das gestões municipal e federal relativas ao cumprimento de metas, pressionam os profissionais a realizarem atendimento da maior quantidade de usuários e impossibilitam que o profissional possa dedicar um tempo a escutar o usuário e a sua narrativa sobre o agravo de saúde apresentado. Como resultado, o acolhimento das questões do paciente e a escuta ativa das suas demandas são práticas cada vez mais escassas, sendo que a APS tem passado pouco a pouco a promover atendimentos exclusivamente prescritivos⁶¹.

Nesse sentido, é importante mencionar que a limitação de tempo está intimamente relacionada à lógica da produtividade, que também foi recorrentemente citada nas referências encontradas^{27, 49, 57}. Essa maneira de operar paulatinamente imposta aos serviços da APS, onde busca-se avaliar o serviço prestado através da produção quantitativa e de indicadores pouco sensíveis à realidade dos usuários, pressiona os profissionais de saúde a estruturarem um processo de trabalho muito voltado ao alcance de metas e pouco voltado a realidade do território. Impossibilita-se assim uma postura profissional regida pela escuta qualificada e a construção de vínculo, dispositivos fundamentais para criação de um espaço saudável de abordagem efetiva da VPI.

Exemplo disso é trazido pelo estudo selecionado de D'Oliveira et al²⁷ onde foi retratada a falta de priorização dos gestores municipais no que diz respeito a abordagem da violência doméstica, mesmo estes concordando que ela gera impacto importante na saúde das usuárias. Para os gestores há embate entre prioridades concorrentes, e nesse palco a violência doméstica acaba deixando de ser prioridade. No cenário em questão os contratos entre organizações privadas sem fins lucrativos e o governo determinam o pagamento através da avaliação do desempenho medido por indicadores (principalmente número de consultas) que não refletem o acolhimento de problemas e resolução de agravos complexos como a violência.

A alta rotatividade profissional também foi citada em inúmeros documentos^{25,32, 50, 58, 62} como um entrave para o aprimoramento da assistência que é prestada pela APS. Em um dos estudos selecionados⁵⁷ 67,3% dos entrevistados possuíam vínculo empregatício temporário, acarretando modificações constantes, refletindo na insatisfação profissional e na baixa qualidade da assistência às usuárias. A saída recorrente de profissionais¹²⁵. Além disso, a não fixação dos profissionais afeta diretamente a criação de vínculo, a longitudinalidade do cuidado e a possibilidade de uma abordagem consistente^{32,62}. Essa alta rotatividade constitui-se em um problema que repercute diretamente na implementação da ESF, visto que este modelo implica justamente na ampliação e fixação do quadro de pessoal a nível municipal⁵⁸.

Em suma o atual modelo de atenção, do jeito como está posto, enfatiza cada vez mais a clínica que se baseia em sinais/sintomas e na sua medicalização, centrando o olhar na doença e impossibilitando o acolhimento e abordagem de problemas de saúde complexos, oriundos de outro tipo de sofrimento e que precisam envolver o comprometimento institucional e a responsabilização profissional⁴³. De acordo com Carneiro et al (2021)⁵¹ táticas de gestão devem ser pensadas nas diferentes esferas de governo, visto que para a abordagem da violência há a necessidade de relações de estreita proximidade que permitam a construção de caminhos para sua resolução. Para D'Oliveira et al (2022)²⁷, há a necessidade da pactuação entre gestão e serviço sobre a importância da abordagem do tema na APS, através, por exemplo, da criação de tempo protegido para paciente com demanda de violência doméstica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que da maneira como o processo de trabalho está posto nos territórios, demandas como a VPI tornam-se secundárias e o dia a dia permanece centralizado em atividades focadas no alcance de metas, com abordagens individualizadas baseadas no atendimento de queixa-conduta. Os fatores que interferem na abordagem da VPI vão além de

mudanças pontuais capazes de diminuir questões tais quais o medo, a insegurança e/ou despreparo profissional.

A mudança desse panorama deve ser estimulada através da formação de profissionais seguros e atentos a demandas de violência, mas não somente isso. Para uma abordagem consistente de temas complexos e socialmente determinados como a VPI, há a necessidade de movimentações coletivas e nas diferentes esferas governamentais, na busca pela retomada de um modelo de atenção menos assistencialista e médico centrado, menos produtivista, menos voltado a indicadores enrijecidos e pouco sensíveis às realidades do território, um modelo sanitarista guiado pelos atributos de uma APS robusta e representado pela Estratégia de Saúde da Família, onde os olhares voltem-se ao território e os profissionais de saúde tenham a segurança e a possibilidade de colocar em prática uma escuta ativa e atenta aos usuários, operando coletivamente em busca da resolução dos problemas deflagrados.

O presente estudo possui lacunas, dentre elas a da não avaliação da qualidade das evidências científicas coletadas, condição inerente a metodologia proposta. Além disso os estudos foram selecionados em algumas das bases de dados e literatura cinzenta possíveis, mesmo com as adicionais realizadas, alguns documentos podem não ter sido captados. Além disso foram selecionados apenas estudos disponíveis eletronicamente na íntegra. Apesar destes apontamentos, entende-se que esse relato descritivo e sistemático dos conhecimentos encontrados na literatura científica é um passo importante para a compreensão do dia a dia da APS e principalmente das dificuldades encontradas pelos trabalhadores que nela atuam.

REFERÊNCIAS

1 Minayo MCS, Souza ET. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 1998; 4(3):513-531.

2 Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2007; 11(sup):1163-1178.

- 3 Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci KQ. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. p. 21-43.
- 4 SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Violência de Gênero no Brasil Atual**. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, n especial, 2 semestre de 1994, p.443-461
- 5 Minayo MCS. *Violência e Saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- 6 Cantera, LM. *Casais e violência: um enfoque além do gênero*. Porto Alegre: Dom Quixote; 2007.
- 7 VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria et al. Gênero e Vulnerabilidade na saúde das mulheres. Florianópolis: UFSC. 2 ed. 2019.
- 8 Amarijo CL, Figueira AB, Ramos AM, Minasi ASA. 1Relações de poder nas situações de violência doméstica contra a mulher: tendência dos estudos. *Rev Cuid* 2020; 11(2): e1052.
- 9 Horta CA. A epistemologia de durkheim através da violência doméstica como fato social. Recife: *Revista Caboré* 2019, 1(1):34-48.
- 10 Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), Datafolha. *A vitimização de mulheres no Brasil*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021.
- 11 Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2022.
- 12 Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet* 2008; 371(9619):1165–72.
- 13 Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
- 14 Delziovo CR, Taquette SR, Carvalho MGO, Coelho EBS, Oliveira CS, Warmling D, Bolsoni CC. *Rede de apoio às mulheres em situação de violência doméstica*. Florianópolis: UFSC; 2022.
- 15 Ministério da saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- 16 Coelho EBS, Bolsoni CC, Conceição TB, Verdi MIM. *Políticas Públicas no enfrentamento da violência*. Florianópolis: UFSC; 2014.
- 17 Meneghel SN, Portella AP. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(9):3077–86.
- 18 Lindner SR, Delziovo CR, Bolsoni CC, Oliveira CS, Coelho EBS. *Atenção a saúde das Mulheres em situação de violência*. Florianópolis: UFSC; 2019.
- 19 Silva GK, Rocha-Brischiliari SCR, Miura AS, Martins W, Becker M, Santos MF. Violência por parceiro íntimo em região de tríplice fronteira. *Rev Min Enferm*. 2021; 25: e-1361.

- 20 de Araújo Lima LA, de Souza Monteiro CF, Nunes BMVT, da Silva Júnior FJG, Fernandes MA, Zafar S, Santos MA, Wagstaff, Diehl A, Pillon SC. Factors associated with violence against women by an intimate partner in Northeast Brazil. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2021; 35(6):669–77.
- 21 Schraiber LB, D'Oliveira AFP, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):470-7.
- 22 Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, Peters M, Tricco AC. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM Evid Synth* 2022;20(4).
- 23 Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005; 8(1):19–32.
- 24 Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med Clin Cases*. 2018 Sep 4;169(7):467–73.
- 25 Esperandio EG, Moura ATMS, Favoreto CAO. Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2020; 24(Supl. 1):e190707.
- 26 1 Kind L, Orsini, MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1805-1815.
- 27 d'Oliveira AFPL, Pereira S, Bacchus LJ, Feder G, Schraiber LB, Aguiar JM, Bonin RG, Graglia CCV, Colombini M. Are we asking too much of the health sector? Exploring the readiness of Brazilian primary healthcare to respond to domestic violence against women. *Int J Health Policy Manag* 2022;11(7):961–972.
- 28 Silva NNF, Leal SMC, Trentin D, Vargas MAO, Vargas CP, Vieira LB. Atuação dos enfermeiros da Atenção Básica a mulheres em situação de violência. *Enferm. Foco* 2017; 8(3)10-74.
- 29 Amarijo CL. *Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família* [Dissertação]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2015.
- 30 Tuesta AJA. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.
- 31 Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):287-299.
- 32 Leite AC. Mulheres em situação de violência doméstica: *O ponto de vista dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde* [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2012.
- 33 Nascimento VF, Rosa TFL, Terças ACP, Hattory TY, Nascimento V F. Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR* 2019; 23(1):15-22.

- 34 Duarte LR, Camargo LC, Soares NT. Violência no trabalho de profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. saúde ocup.* 2023; 48:e13.
- 35 Visentin F, Vieira LB, Trevisan I, Lorenzini E, Silva EF. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Invest Educ Enferm* 2015; 33(3):556-564. \
- 36 Carneiro JB, Gomes NP, Almeida LC, Campos LM, Magalhães JR, Lírio JG, Virgens IR, Costa DSG. Revelando desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal. *Acta Paul Enferm* 2021; 34:eAPE001555.
- 37 Aboit J, Costa MC, Silva EB, Colome ICS, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saúde Soc* 2018; 27(2):506-517.
- 38 Leal SMC. "Lugares de (não) ver?"- *As representações sociais da violência contra a mulher na Atenção Básica de Saúde* [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- 39 Terra MF. Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde [Tese]. São Paulo: Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo; 2017.
- 40 Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2):304-311.
- 41 Mota JA, Aguiar RS. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. *Revista nursing* 2020; 23(262):3648-3651.
- 42 Signorelli MC, Taft A, Pereira PP. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Cien Saude Colet* 2018; 23(1):93-102.
- 43 Costa MC. *Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio* [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- 44 Rodrigues VP, Machado JC, Simões AV, Pires VMM, Paiva MS, Diniz NMF. Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(3):735-743.
- 45 Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica 34*. Brasília: Editora MS; 2013.
- 46 Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(6):1230-1240.
- 47 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.
- 48 Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(48):47-59
- 49 Carneiro JB, Gomes LM, Estrela FM, Webler N, Santos JLG, Carvalho AAS. Modelo teórico-explicativo do cuidado à mulher em situação de violência na Atenção Primária. *Texto Contexto Enferm* 2022; 31:e20200639.

- 50 Carneiro JB, Gomes NP, Almeida LCG, Romano CMC, Silva AF, Webler N, Mauricio MDALPD. Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal. *Esc Anna Nery* 2021; 25(5):e20210020
- 51 Costa MC, Silva EB, Arboit J, Honnef F, Marques KA, Barbieri J, Silva DM. Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: Reconhecimento das estratégias de atenção. *Rev Bras Promoç Saúde* 2019; 32:9271.
- 52 Sehnem GD, Lopes EB, Tier CG, Ribeiro AC, Maciel VQS, Castilhos L. Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. *Rev. Enferm. UFSM* 2019; 9(e62):1-19.
- 53 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 (impr)* 2013; 17(4):683-689.
- 54 Silva VC, Ribeiro PM. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery* 2020; 24(4):e20190371.
- 55 Silva SC, Barros PA, Delgado RFA, Silva LVL, Carvalho VPS, Alexandre ACS. Violência contra a mulher: como os profissionais na Atenção Primária à Saúde estão enfrentando esta realidade?. *Revista Saúde e Pesquisa* 2018; 11(2):359-368.
- 56 Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014; 22(1):1-9.
- 57 Porto RTS, Junior JPB, Lima EC. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis* 2014; 24(3):787-807.
- 58 Filho CCS. *Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de profissionais na Estratégia de Saúde da Família* [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- 59 Simões AV, Machado JC, Soares IGB, Rodrigues VP, Pires VMMM, Penna LHC. Identificación y conducta de la violencia doméstica contra la mujer bajo la óptica de los estudiantes universitarios. *REVENF* 2019; 3(37):1-15.
- 60 Silva AVD, Gonçalves CGDC, Lima VLDA, Gomes VR, Silva AFD, Chaves ACSVD, Dias BJC, Paixão VAP. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem acerca da violência contra mulher. *Rev Nursing* 2019;22(251):2926-2931.
- 61 Santos JCG, Cavalcante DS, Vieira CAL, Quinderé PHD. Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. *Physis* 2023; 33: e33010.
- 62 Cordeiro KCC, Santos RM, Gomes NP, Melo DS, Mota RS, Couto TM. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. *Revista Baiana Enferm* 2015; 29(3):209-217.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da presente revisão de escopo foi possível realizar uma análise abrangente das evidências científicas publicizadas, captando conhecimentos importantes a cerca da abordagem

da VPI contra a mulher realizada no cenário da APS. Os achados apontaram para uma dificuldade importante de identificação da problemática pelas equipes, dada a sua invisibilidade no território. Mas para além disso, apontaram para dificuldades dos profissionais de saúde em abordarem o problema mesmo quando há a sua identificação, sendo comum condutas inconsistentes e inseguras, ou ainda o encaminhamento da demanda para serviços especializados, evitando lidar com a questão. Poucos foram os estudos que deflagraram condutas profissionais capazes de conduzir o problema em direção a uma resolução.

Através da análise dos documentos, foram identificados fatores citados pelos estudos como capazes de interferir e dificultar a abordagem da temática pelos profissionais de saúde. Eles variaram entre sentimentos e emoções tais quais medo, impotência, insegurança e desamparo; a falta de formação e o despreparo profissional. Além desses fatores, a revisão demonstrou que a sobrecarga dos serviços com o aumento exponencial da demanda, a limitação de tempo para atendimentos aos usuários, a imposição do comprimento de metas moldadas pela lógica da produtividade e a alta rotatividade dos profissionais, impedem que os servidores estruturam um processo de trabalho fortalecido e capaz de voltar os olhares para a raiz de demandas complexas e socialmente determinadas, tais quais a VPI.

A revisão de escopo foi capaz ainda de identificar estratégias citadas nos estudos coletados que contribuem para a abordagem da VPI. Dentre elas a promoção de espaço seguro e apropriado permitindo que a usuária se sinta confortável a expor o problema que vivencia; dispositivos como acolhimento e criação de vínculo, para a criação da relação que possibilite a quebra do silêncio e a exposição da situação; trabalho em equipe para que o problema seja discutido e abordado em conjunto; e o trabalho em rede, haja vista que o fenômeno da violência não depende exclusivamente do setor saúde.

Entretanto o que os resultados da revisão demonstram é que para que tais estratégias sejam utilizadas e a abordagem da violência por parceiros íntimos seja uma realidade na APS, é necessário mudanças estruturais na lógica paulatinamente imposta a APS. É preciso retomar o modelo sanitarista voltado para a construção de uma APS robusta, muito bem representada pela Estratégia de Saúde da Família, onde os olhares voltam-se ao território e os profissionais de saúde tenham a segurança, estabilidade e a possibilidade de colocar em prática as estratégias citadas acima, com uma escuta ativa e atenta aos usuários, operando coletivamente em busca da resolução dos problemas deflagrados; distanciando-se do atual modelo assistencialista, médico centrado, baseado no atendimento de queixa-conduta e voltado a indicadores enrijecidos e pouco sensíveis as realidades do território.

É importante ressaltar que a presente dissertação apresenta lacunas, dentre elas a de não avaliação da qualidade das evidências científicas coletadas, condição inerente a metodologia escolhida; a da seleção em algumas das bases de dados e literatura cinzenta possíveis, podendo mesmo após as estratégias adicionais de rastreio de estudos, não ter sido captado algum documento importante sobre a temática; além disso a seleção apenas estudos disponíveis eletronicamente na íntegra. Mesmo assim, entende-se que esse relato descritivo e sistemático captou e sintetizou conhecimentos importantes, possibilitando uma maior compreensão do dia a dia da APS e principalmente das dificuldades encontradas pelos trabalhadores que nela atuam.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, Beatriz; PANDJIARJIAN, Valéria. Atuação das Entidades. In: PENHA, Maria da. *Sobrevivi... Posso contar*. 2. ed. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2020. p. 220-233.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Lei do Feminicídio faz cinco anos. 2020. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/643729-lei-do-feminicidio-faz-cinco-anos/>>. Acesso em 18 jan. 2023.

ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; MACHADO, Liliane dos Santos. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 47-59, out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4msY5xCRYsRJcwHrJTVD95p/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

ARBOIT, Jaqueline *et al.* Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 51, p. e03207, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reus/a/gzp587MjnqYCY5CSycCPP7h/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

ARBOIT, Jaqueline *et al.* Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde Soc**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 506-517, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018169293>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XVKqD3PjhQPNLwLdqMwKWsm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

ARBOIT, Jaqueline; PADOINA, Stela Maris de Mello; VIEIRA, Letícia Becker. Violence against women in Primary Health Care: potentialities and limitations to identification. **Aten Primaria**, Barcelona, v. 52, n. 1, p. 14-21, set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6938983/pdf/main.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal Of Social Research Methodology**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 19-32, fev. 2005. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000119616>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 25 jan. 2023.

AMARIJO, Cristiane Lopes. **Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas unidades de saúde da família**. 2015. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4msY5xCRYsRJcwHrJTVD95p/abstract/?lang=pt#ModalDownloads>. Acesso em: 2 mar. 2024.

AMARIJO, Cristiane Lopes *et al.* Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. **Rev enferm UERJ**, [S.L.], v. 26, p. e33874, 28 nov. 2018. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33874>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerej/article/view/33874/27758>. Acesso em: 2 mar. 2024.

AMARIJO, Cristiane *et al.* Relaciones de poder en situaciones de violencia doméstica contra la mujer: tendencias del estudio. **Revista Cuidarte**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 1-14, 1 maio 2020. Universidad de Santander - UDES. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1052>. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1052/1511>. Acesso em: 15 abr. 2022.

AMARIJO, Cristiane Lopes *et al.* Dispositivos de poder utilizados por enfermeiros para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. **Texto Contexto Enferm**, [S.L.], v. 30, p. 1-12, abr. 2021.

BEAUVOIR, Simone de. O Segundo Sexo: Fatos e Mitos. 2ed. Nova Fronteira. Rio de Janeiro. 2019.

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 87-98, set.-dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18398.pdf>. Acesso em 19 jan. 2023.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, [s. l.], v. 13, n. 28, p. 165-174, mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yYkyHMjFCcYhKPND5WpHFTj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

BRASIL. Lei nº 353, de 29 de agosto de 1985. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. **Lei nº 7.353**, de 29 de Agosto de 1985. Brasília, DF, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.

_____. Lei nº 9099, de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. **Lei Nº 9.099, de 26 de Setembro de 1995**. Brasília, DF, 27 set. 1995. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19099.htm. Acesso em: 11 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Brasília. 2002a. Caderno de Atenção Básica 08, Violência intrafamiliar. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf. Acesso em 23 jan. 2023.

_____. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Decreto Nº 4.377, de 13 de Setembro de 2002. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 13 jan. 2023.

_____. Lei nº 10683, de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Lei Nº 10.683, de 28 de Maio de 2003**. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10683-28-maio-2003-496772-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 10778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Lei nº 10.778, de 24 de Novembro de 2003b. Brasília, DF, 24 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm. Acesso em: 24 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004a. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Portaria Nº 936, de 19 de Maio de 2004**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 5 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10886, de 17 de junho de 2004b. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência Doméstica". **Lei Nº 10.886, de 17 de Junho de 2004**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.886.htm. Acesso em: 17 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2406, de 5 de novembro de 2004c. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Portaria Nº 2.406, de 5 de Novembro de 2004 (*)**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html. Acesso em: 10 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes. 2004d. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em 24 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Portaria Nº 2.406, de 5 de Novembro de 2004 (*)**. Brasília, DF, 5 nov. 2004e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html. Acesso em: 24 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Mobimortalidade por acidentes e violências**. Brasília (DF): 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf. Acesso em 22 jan. 2023.

_____. Lei nº 11340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal,

da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Lei Nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006.** Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 11 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Por uma Cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf. Acesso em 20 ago 2021.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011a. (Coleção Enfrentamento à Violência Contra as mulheres).

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as mulheres.** Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011b. (Coleção Enfrentamento à Violência Contra as mulheres).

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília (DF): Presidência da República, 2011c. (Coleção Enfrentamento à Violência contra as mulheres).

_____. Ministério da Saúde. Brasília. 2013a. Caderno de Atenção Básica 34, Saúde Mental. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf >. Acesso em 23 ago 2021.

_____. Lei nº 12845, de 1 de agosto de 2013b. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Lei Nº 12.845, de 1º de Agosto de 2013.** Brasília, DF, 2013b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.

_____. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF: 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf >. Acesso em 24 jan. 2023.

_____. Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Portaria Nº 1.271, de 6 de Junho de 2014.** Brasília, DF, 6 jun. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 10 jan. 2023.

_____. Lei nº 13104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para

incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Lei Nº 13.104, de 9 de Março de 2015.** Brasília, DF, 2015a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm. Acesso em: 17 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília, DF: 2015b. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em 24 jan. 2023.

_____. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Diretrizes Nacionais Feminicídio: Investigar, processar e julgar, com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres.** Brasília, DF: 2016a. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/diretrizes_femicidio.pdf>. Acesso 18 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: DF, 2016b. Disponível em :< https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em 23 jan 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** Brasília, 2016c. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovo cada_2ed.pdf>. Acesso em 24 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em 23 ago 2021.

_____. Lei nº 14132, de 31 de março de 2021. Acrescenta o art. 147-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para prever o crime de perseguição; e revoga o art. 65 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). **Lei Nº 14.132, de 31 de Março de 2021.** Brasília, DF, 31 mar. 2021a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114132.htm. Acesso em: 19 jan. 2023.

_____. Lei nº 14164, de 10 de junho de 2021. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para incluir conteúdo sobre a prevenção da violência contra a mulher nos currículos da educação básica, e institui a Semana Escolar de Combate à Violência contra a Mulher. **Lei Nº 14.164, de 10 de Junho de 2021.** Brasília, DF, 10 jun. 2021b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14164.htm. Acesso em: 19 jan. 2023.

_____. Lei nº 14188, de 28 de julho de 2021. Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher previstas na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de

2006 (Lei Maria da Penha), e no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), em todo o território nacional; e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher. **Lei Nº 14.188, de 28 de Julho de 2021.** Brasília, DF, 28 jul. 2021c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/14188.htm. Acesso em: 19 jan. 2022.

_____. Lei nº 14232, de 28 de outubro de 2021. Institui a Política Nacional de Dados e Informações relacionadas à Violência contra as Mulheres (PNAINFO). **Lei Nº 14.232, de 28 de Outubro de 2021.** Brasília, DF, 28 out. 2021d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14232.htm. Acesso em: 19 jan. 2023.

_____. Lei nº 14330, de 4 de maio de 2022. Altera a Lei nº 13.675, de 11 de junho de 2018, para incluir o Plano Nacional de Prevenção e Enfrentamento à Violência contra a Mulher como instrumento de implementação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS). **Lei Nº 14.330, de 4 de Maio de 2022.** Brasília, DF, 4 maio 2022a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14330.htm. Acesso em: 19 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 420, de 2 de março de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Portaria Gm/MS Nº 420, de 2 de Março de 2022.** Brasília, DF, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277>. Acesso em: 25 jan. 2023.

CARNEIRO, Jordana Brock *et al.* Revelando desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 24, p. 001555-001555, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/JFBjNpZSCSHncNpMRqZ9SZJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

CARNEIRO, Jordana Brock *et al.* Modelo Teórico-explicativo do cuidado à mulher em situação de violência na Atenção Primária. **Texto Contexto Enferm**, [S.L.], v. 31, e20200639, jan. 2022a. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0639>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/7TF3ZT9VttdnVxtZdVhg6Ds/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

CARNEIRO, Cristianne Teixeira *et al.* Fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Ciênc. Plur.**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 26089-26089, jun. 2022b. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26089/16191>. Acesso em: 2 mar. 2024.

CARNEIRO, Jordana Brock *et al.* Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals. *Inquiry: The Journal of Health Care*

Organization, Provision, and Financing, [S.L.], v. 59, p. 1-10, jan. 2022. **Inquiry**. <http://dx.doi.org/10.1177/00469580211064105>.

CANTERA, L. **Casais e violência**: um enfoque além do gênero. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.

CIDH, Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, "Convenção de Belém do Pará". 1994. Disponível em: <www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>. Acesso em 15 jan. 2023.

CIDH - Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Relatório no 54/01. Caso 12.051. Maria da Penha Maia Fernandes. Brasil, 04 de abril de 2001. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2000port/12051.htm>. Acesso em: 14 jul. 2020.

COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grudtner da; LINDNER, Sheila Rubia. **Violência: Definições e Tipologias**. Florianópolis: UFSC. 2014. Disponível em: <https://violenciaesaude.paginas.ufsc.br/files/2015/12/Definicoes_Tipologias.pdf>. Acesso 07 set. 2022.

COELHO, Elza Berger Salema; *et al.* **Políticas Públicas no enfrentamento da violência**. Florianópolis: UFSC. 2014. Disponível em: <<https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Politicas-Publicas.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

CORDEIRO, Kátia Cordélia Cunha et al. **FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**. **Revista Baiana Enferm**, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 209-217, 28 set. 2015. *Revista Baiana de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13029>. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13029/pdf_4. Acesso em: 3 mar. 2024.

COSTA, Marta Cocco da. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio**. 2012. 317 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

COSTA, Marta Cocco da et al. Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Rev Bras Promoç Saúde**, [S.L.], v. 32, n. 0, p. 1-10, ago. 2019. Fundação Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.9271>.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 11, n. , p. 1163-1178, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdfhpcdw/?lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2022.

DELZIOVO, Carmen Regina *et al.* **Guia para o manejo de situações de violência doméstica contra a mulher na APS**. Florianópolis: UFSC 2022a. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/sausedamulher/files/2022/02/GUIA_ViolenciaMulheres_V4-1.pdf>. Acesso 25 jul. 2022.

DELZIOVO, Carmen Regina *et al.* Rede de apoio às mulheres em situação de violência doméstica. Florianópolis: UFSC. 2022b. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/rede-de-apoio-as-mulheres-em-situacao-de-violencia-domestica-e-tema-de-novo-curso-da-una-sus-ufsc>> Acesso em 25 jul. 2022.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Are We Asking Too Much of the Health Sector? Exploring the Readiness of Brazilian Primary Healthcare to Respond to Domestic Violence Against Women. **Int J Health Policy Manag**, [S.L.], v. 11, n. 7, p. 961-972, 8 dez. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9808197/pdf/ijhpm-11-961.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

ELLSBERG, Mary *et al.* Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, [S.L.], v. 371, n. 9619, p. 1165-1172, abr. 2008. **Elsevier BV**. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X). Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X). Acesso em: 22 dez. 2022.

ELUF, Luiza Nagib. **A paixão no banco dos réus: casos passionais célebres: de ponte visgueiro a pimenta neves**. São Paulo: Saraiva, 2007. 267 p.

ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana *et al.* Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. Aps**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 98-106, mar. 2017.

ESPERANDIO, Evelin Gomes; MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de; FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. Violência íntima: experiências de mulheres na atenção primária à saúde no rio de janeiro, rj, brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, n. 1, e190707, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190707>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PML7zQ6KS6JPZ5qqBPmXMtM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

FBSP, FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA. A vitimização de mulheres no Brasil. 2021. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>>. Acesso em 14 ago 2021.

FBSP, FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário brasileiro de segurança pública. 2022. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>>. Acesso em 18 jan. 2023.

FERRANTE, Fernanda Garbelini de; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de ribeirão preto, são paulo*percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de ribeirão preto, são paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ, Botucatu**, v. 13, n. 31, p. 287-299, dez. 2009.

FIDAN, Ahmet; BUI, Hoan N.. Intimate Partner Violence Against Women in Zimbabwe. *Violence Against Women*, [S.L.], v. 22, n. 9, p. 1075-1096, 7 dez. 2015. **SAGE Publications**.

<http://dx.doi.org/10.1177/1077801215617551>. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801215617551>. Acesso em: 21 dez. 2022.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da *et al.* Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.6, p. 1-10, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TrWhYvRpcjhNYYjXXzhDYxs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev Enferm Uerj**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 477-481, ago. 2014.

GOMES, Nadirlene Pereira; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Conjugal violence in the perspective of: a public health problem and the need to provide care for the women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 76-84, jan. 2014.

GOMES, Nadirlene Pereira *et al.* The meaning of professional training for the care of women victims of domestic violence. **Esc Anna Nery (impr)**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 683-689, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RjxNhgHXyKsxypS9kcTD5rq/#:~:text=Assim%2C%20o%20es tudo%20contribui%20ao,integralidade%20na%20atenção%20a%20saúde..> Acesso em: 2 mar. 2024.

GONSALVES, Emmanuela; SCHRAIBER, Lilia Blima. Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 131, p. 958-969, dez. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202113102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zXwy5SnQy7V6C7jlrTNM8mn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

GUEDES, Rebeca Nunes. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-311, jul. 2012.

HOLANDA, Eliane Rolim de *et al.* Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-9, 28 fev. 2018. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.6580>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6580/pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

HORTA, C. A. A epistemologia de Durkheim através da violência doméstica como fato social. **Revista Caboré**, v. 1, n. 1, p. 34-48, 2020. Disponível em: <http://www.journals.ufrpe.br/index.php/revistacabore/article/view/4021/482483823>. Acesso em 20 mar. 2022.

IPEA, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICA; FBSP, FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Resultados principais Atlas de violência 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5929-atlasviolencia2020relatoriofinalcorrigido.pdf>. Acesso em 14 ago 2021.

_____. Atlas de violência 2021. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/514atlasdaviolencia2021completo.pdf>>. Acesso em 22 dez 2022.

KIND, Luciana et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p.1805-1815, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>>. Acesso em: 13 ago 2021

KRUG, Etienne G. *et al.* (org.). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

LACHTIM, Sheila Aparecida Ferreira *et al.* Vínculo e acolhimento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios para o cuidado. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 87-97, 2 abr. 2023. Nucleo de Estudos em Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3060>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1425820/3060-texto-do-artigo-11877-1-10-20230402.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024

LEITE, Alessandra de Cássia. **Mulheres em situação de violência doméstica: o ponto de vista dos profissionais de unidades básicas de saúde**. 2012. 161 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

LEAL, Sandra Maria Cezar. **"Lugares de (não) ver?" As representações sociais da violência contra a mulher na Atenção Básica de Saúde**. 2010. 310 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LEITÃO, Maria Neto da Cruz. Women survivors of intimate partner violence: the difficult transition to independence. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 48, p. 07-15, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000600002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/t6LKzzTxS5fWWSG4YFChxcB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 3 fev. 2023.

LIMA, Larissa Alves de Araújo *et al.* Factors associated with violence against women by an intimate partner in Northeast Brazil. **Archives Of Psychiatric Nursing**, [S.L.], v. 35, n. 6, p. 669-677, dez. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.006>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34861963/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

LINDNER, Sheila Rubia; *et al.* Atenção a saúde das Mulheres em situação de violência. Florianópolis: UFSC. 2019.

LIRA, Kalline Flávia Silva de; CASTRO, Ricardo Vieiralves de. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a violência contra as mulheres no Brasil: do caso à Lei Maria da Penha: do caso à lei maria da penha. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 7, n. 19, p. 402-416, 09 out. 2020. Disponível em:

<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/3800>. Acesso em: 11 jan. 2022.

LISBOA, Teresa Kleba; ZUCCO, Luciana Patrícia. Os 15 anos da Lei Maria da Penha. *Revista Estudos Feministas*, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 1-12, maio 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n286982>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/86982/51579>. Acesso em: 11 jan. 2023.

LUNARDI, Glenda. IV Conferência Mundial Sobre a Mulher e as estratégias do Estado brasileiro para implementar a igualdade de gênero. *Em Tempo de Histórias*, [S.L.], v. 1, n. 39, p. 1-16, 13 dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/emtempos/article/view/39621/31822>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MACHADO, Maria Elza de Souza et al. Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo descritivo. *Online Braz J Nurs*, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 209-217, jun. 2017.

MARQUES, Beatriz de Oliveira Monteiro et al. Lei Maria da Penha: uma análise crítica à luz da criminologia feminista. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 43, n. 4, p. 140-153, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s412>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5rScq4XFHrdgYxzmNjM4bQ>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-13, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vngYfCPbvZZD5nLtBtYxQ3p/?lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2022.

MENDONÇA, Edna Mara; LANZA, Fernanda Moura. Perspectivas da intersetorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma reflexão teórica. *Research, Society And Development*, [S.L.], v. 9, n. 11, p. e2549119834, 12 nov. 2020.

MENEGHEL, Stela Nazareth; PORTELLA, Ana Paula. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 22, n. 9, p. 3077-3086, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SxDFyB4bPnxQGpJBnq93Lhn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jan. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, p. 513-531, fev. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/S9RRyMW6Ms56S9CzkdGKvmK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 202

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 134 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/y9sxc>>. Acesso em: 21 ago 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde In: NJAINE, Kathie; et al. (org.). Impactos da violência na Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 21-43.

MOTA, Juliana Arrais; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 262, p. 3648-3651, jan. 2020.

MUNN Zachary, *et al.* Chapter 5: Systematic reviews of prevalence and incidence. In: Aromataris E, Munn Z (Editores). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-06>.

MUNN, Zachary et al. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. **Jbi Evidence Synthesis**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 950-952, 4 mar. 2022. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.11124/jbies-21-00483>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35249995/>. Acesso em: 25 jan. 2023.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do et al. Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município Matogrossense. **Arq. Cienc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 15-22, abr. 2019.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-23, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2024.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes de. **Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família**. 2011. 214 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós- Graduação Interunidades Eeusp-Eerp,, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ONU, Organização das Nações Unidas. Report of the world conference of the international women's year. Cidade do México, 1976. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/586225>. Acesso em 11 jan. 2023.

ONU. Declaração e Plataforma de Ação de Pequim 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher – Pequim, 1995: “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf. Acesso em 14 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Violencia y Salud. Resolución n. XIX. Washington: Opas, 1994.

PENHA, M. Sobrevivi... posso contar. 2. ed, 4ª reimpressão. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

PORTELLA Ana Paula. Violência contra as mulheres: questões e desafios para as políticas públicas. In: CARVALHO, Fernanda Lopes, organizador. **Observatório da Cidadania 2009**. Edição Especial Diálogos sobre Violência e Segurança Pública: Razões e Urgências. Rio de Janeiro: IBASE; 2009. v. 1. p. 31-40.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JÚNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 787-807, set. 2014.

RODRIGUES, Vanda Palmarella et al. The practice of family health strategy workers when caring for women in gender violence situations. **texto Contexto Enferm**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 735-743, set. 2014.

ROSA, Doriana Ozólio Alves *et al.* Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 67-80, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S6ft8GsckBZmQPPx3XKVNGL>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Violência de Gênero no Brasil Atual**. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, n especial, 2 semestre de 1994, p.443-461

SAFIOTTI, Heleieth Iara Bongiovani et al. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. 151 p.

SANTOS, Jomábia Cristina Gonçalves dos *et al.* Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 33, p. 33010-0, maio 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/D7jSK6VsnCFrhkc47GjQv9x/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

SANTOS, Silvana Cavalcanti dos et al. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade?. **Saúde e Pesquisa**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 359-368, ago. 2018. Centro Universitario de Maringa. <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p359-368>.

SANTOS, Walquíria Jesusmara dos; OLIVEIRA *et al.* Domestic Violence Against Women Perpetrated by Intimate Partner: professionals' social representations in primary health care / violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. **Rev Fund Care Online**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 770-777, 1 jul. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.770-777>. Disponível em: <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6197/pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

SCHRAIBER, Lilia Blima *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, maio 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dfSmBBrVThtsfH6xLY573v/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

SCHRAIBER, Lilia Blima; BARROS, Cláudia Renata dos Santos; CASTILHO, Euclides Ayres de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 237-245, abr. 10.

SEHNEM, Graciela Dutra et al. Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, [S.L.], v. 9, p. 1-19, 19 nov. 2019. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769235061>.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 608-613, dez. 2013.

SILVA FILHO, Cláudio Claudino da. **Violência Doméstica contra a mulher**: representações sociais de profissionais na estratégia de saúde da família. 2013. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SILVA, Gabriela Kauana *et al.* INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN A REGION OF THE TRIPLE BORDER. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*, [S.L.], v. 25, n. 0, p. 1-8, 2021. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210009>. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1553>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SILVA, Neuzileny Nery Ferreira *et al.* Atuação dos enfermeiros da Atenção Básica a mulheres em situação de violência. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 70-74, set. 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1290/403>. Acesso em: 2 mar. 2024.

SILVA, Viviane Graciele da; RIBEIRO, Patrícia Mônica. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1-7, abr. 2020.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dSNqzcT3nLL4Mdxp5ZPnV5h/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

SIGNORELLI, Marcos Claudio *et al.* Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 93-102, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.16562015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/J55Jxm9XWYcSr5pqxtGW8Xr/abstract/?lang=en>. Acesso em: 22 jul. 2022.

TAQUETTE, S. R. (org.) Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

TAVARES, Ludmila Aparecida; CAMPOS, Carmen Hein de. A CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, “CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ”, E A LEI MARIA DA PENHA. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 9-18, 12 mar. 2018. Universidade Tiradentes. <http://dx.doi.org/10.17564/2316-3801.2018v6n3p9-18>. Disponível em: https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/12/Interf-Hum_v.6_n.3.02.pdf. Acesso em: 16 jan. 2023.

TERRA, Maria Fernanda. **Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde**. 2017. 176 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Medicina Preventiva, São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01082017-092540/pt-br.php>. Acesso em: 2 mar. 2024.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. DOI: 10.7326/M18-0850

TUESTA, Antonia de Jesús Angulo. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde**. 1997. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

VASCONCELOS, Nádia Machado de *et al.* Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: national survey of health, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 1-15, dez. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720210020.supl.2>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6hDYSM5rxrFDT9hS5yhr69p/?lang=en>. Acesso em: 22 dez. 2022.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria et al. **Gênero e Vulnerabilidade na saúde das mulheres**. Florianópolis: UFSC. 2 ed. 2019.

Vasconcelos, N. M., Bernal *et al.* Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. **Cien Saude Colet** (2023/Set). Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/subnotificacao-de-violencia-contras-mulheres-uma-analise-de-duas-fontes-de-dados/18899?id=18899&id=18899>. Acesso em: 04 mar. 2024.

VISENTIN, Fernanda *et al.* Women's primary care nursing in situations of gender violence. **Invest Educ Enferm**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 1-10, 15 out. 2015. Universidad de Antioquia. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a20>. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/24465/20000>. Acesso em: 2 mar. 2024.

World Health Organization (WHO). **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Genebra: WHO; 1996.

World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.

ANEXO A – Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	Click here to enter text.
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	Click here to enter text.
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	Click here to enter text.
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	Click here to enter text.
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	Click here to enter text.
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	Click here to enter text.
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Click here to enter text.
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	Click here to enter text.
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Click here to enter text.
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	Click here to enter text.



SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Click here to enter text.
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	Click here to enter text.
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Click here to enter text.
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Click here to enter text.
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Click here to enter text.
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	Click here to enter text.
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	Click here to enter text.
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	Click here to enter text.
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	Click here to enter text.

JB1 = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JB1 guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).



St. Michael's

Inspired Care.
Inspiring Science.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DA REVISÃO DE ESTOPO PUBLICADO NA OSF

SCOPING REVIEW PROTOCOL

REVIEW TITLE AND TIMESCALE

Review title

Violence against women caused by an intimate partner and its approach in Primary Health Care

ORIGINAL LANGUAGE TITLE (somente preencher se for fazer a revisão em outro idioma que não o inglês)

Violência contra mulher provocada por parceiro íntimo e a sua abordagem na Atenção Primária à Saúde

anticipated or actual start date	anticipated completion date	search DATE
05/10/2022	01/10/2023	08/02/2023

STAGE OF REVIEW AT TIME OF THIS SUBMISSION

Review stage	Started	COMPLETED
Stage 1: identifying the research question	X	☐
Stage 2: identifying relevant studies	X	☐
Stage 3: study selection	☐	☐
Stage 4: charting the data	☐	☐
Stage 5: collating, summarizing and reporting the results	☐	☐

REVIEW TEAM DETAILS

Named contact / Email salutation for correspondence	named contact email
Miss Ana Keila Soares	anakeilasoares@gmail.com
named contact address	
Avenida Sete de Setembro n 882, apto 102	
named contact AND phone number	
+55 (47) 99908-5623	

SR Protocol 2020. This protocol is based on Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169:467–473 and Arksey H, O'Malley L: Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Social Res Method. 2005, 8: 19-31. 10.1080/1364557032000119616.



Organizational affiliation of the review / website address
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. https://ufsc.br/ website: https://ppgsc.ufsc.br/

Review team members and their organizational affiliations				
TITLE	NAME	AFFILIATION	CONTACT (E-MAIL)	CONTRIBUTIONS*
Professor, Dr, Mr, Ms, Miss, Mrs	Completed name	Organisational affiliations of each member of the review team.	Contact email of the authors	Contributions of the authors*
Miss	Ana Keila Soares	UFSC	anakeilasoares@gmail.com	1R
Miss	Fernanda Cornelius Lange	UFSC	fernandalange@yahoo.com.br	2R
Dr	Sheila Rubia Lindner	UFSC	sheila.lindner@gmail.com	3R

*1R=First reviewer (Study conceptualization and design/ Search and selection/ Data collection/ Data analysis/ Manuscript preparation). 2R=Second Reviewer (Search and selection/ Data collection/ Data analysis/ Manuscript preparation). 3R=Third Reviewer (Data analysis). E=Expert (Study conceptualization and design/ Data analysis). C=Coordinator (Study conceptualization and design/ Data analysis).

All authors: Review of the manuscript.

Funding sources/sponsors (grant number)
No applicable

Conflicts of interest
not applicable

Collaborators
not applicable

SR Protocol 2020. This protocol is based on Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169:467–473 and Arksey H, O'Malley L: Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Social Res Method. 2005, 8: 19-31. 10.1080/1364557032000119616.



REVIEW METHODS

RESEARCH QUESTION

Provide the acronym used for the formation of the research question and the details of each of its items.

Example: PICOS, PECOS, PIRD, CoCoPop.

Co – Condition: Violence against women caused by an intimate partner

Co – Context: Primary Health Care

Pop – Population: Primary Health Care Professionals

S – Study design:

QUESTION:

How does the literature present the approach, in Primary Health Care, to intimate partner violence against women?

STRATEGY TO IDENTIFY RELEVANT STUDIES

State the sources that will be searched. Give the search dates, and any restrictions (e.g. Language or publication period). Electronic databases; reference lists; hand-searching of key journals; existing networks, relevant organizations and conferences.

Electronic databases: PubMed, Embase, Scopus, Lilacs, Scielo, Web of Science and CINAHL.

Gray literature: Proquest, Biblioteca Digital brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Google Scholar, Hand searches of bibliographies from included studies, Experts.

With the help of the librarian, search strategies will be carried out for each cited database. As descriptors will be used: "Primary Health Care", "Violence Against Women", "Intimate Partner Violence", "Domestic Violence".

Search date 08/02/2022.

condition or domain being studied

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied.

The term "intimate partner violence" refers to violence committed both in the domestic environment, but also in any intimate relationship of affection. It is not directly related to the cohabitation of those involved and can include any type of violence: physical, psychological, sexual, moral, patrimonial and/or controlling behavior. This type of violence can occur in both sexes, including partners of the same sex, however women seem to be the most victimized, especially due to societies with significant inequalities between men and women. (KRUG, et al 2002; COELHO; SILVA; LINDNER, 2014; MINAYO 2020)

STUDY SELECTION

Give summary criteria for the inclusion and exclusion criteria that will be studied by the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Example: Inclusion: adults with schizophrenia (as diagnosed using any recognized diagnostic criteria).

Exclusion: adolescents (under 18 years of age) and elderly people (over 70).

Inclusion:

- Studies related to the approach, in primary health care, of violence against women caused by intimate partners;

Exclusion:

- Duplicate studies;
- Studies not available in full, even after contacting the main author;
- Editorials and letters;
- Studies not carried out in the field of Brazilian primary health care.
- Studies about violence against children or violence against the elderly
- Prevalence studies.

Data ITEMS

List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.

not applicable

CHARTING THE DATA:

First step: Two reviewers (RV1 and RV2) will independently screen the studies, in this step the studies will be selected based on titles and abstract. In case of disagreements, a consensus meeting will be held to discuss and align the studies contemplated for the next phase. If there is no consensus, the third reviewer (RV3) will make the choice. In case of doubt, it is decided to move the study to the next phase.

Second step: The two reviewers (RV1 RV2) will independently read the selected studies in their entirety, selecting them based on the eligibility criteria. A new meeting between reviewers will be held seeking consensus on the selection of articles, in case of disagreement about any study, the third reviewer (RV3) will make the choice.

In addition, research will be carried out in the gray literature: Google (including Google Scholar) and the first 50 links (sorted by relevance) will be matched against the inclusion criteria. Manual search the reference lists of identified reviews to find another relevant research.

STRATEGY FOR Collating, Summarizing and Reporting the Results

SR Protocol 2020. This protocol is based on Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169:467–473 and Arksey H, O'Malley L: Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Social Res Method. 2005, 8: 19-31. 10.1080/1364557032000119616.



Provide details of the planned synthesis including a rationale for the methods selected.

Export of databases to the Mendeley referrer, grouping studies and excluding duplicates. Export of selected articles to the Rayyan program in order to carry out the selection according to the inclusion and exclusion criteria. Return of selected articles to the Mendeley program for better citation management.

Databases	Additional literature
X PubMed X EMBASE ☐ Cochrane X LILACS X Web of Science ☐ Science Direct X CINAHL ☐ Livivo X Scopus X Other: Scielo	X Google Scholar web search (specify if limitations applied) ☐ Hand searches of bibliographies from included studies ☐ Experts ☐ OpenGrey X Proquest (Dissertation and Theses) X Biblioteca digital brasileira de Teses e Dissertação
DATA MANAGEMENT	
X Endnote ☐ Refworks ☐ Mendeley	☐ Zotero ☐ Covidence X Other: Rayyan

REVIEW GENERAL INFORMATION

HEALTH AREA OF THE SCOPING REVIEW

Public Health

keywords

Give words or phrases that best describe the review. Example: systematic review; meta-analysis; recurrence

**Unified Health System;
Primary Health Care;
Intimate Partner Violence;
Violence Against Women.**

OTHERS

Previous reviews about the same subject

No.

If yes, why perform another one?

Cite 5 studies that you read (about this topic) before prepare this protocol

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 11, n. , p. 1163-1178, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdhpcdw/?lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2022.

ELLSBERG, Mary et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, [S.L.], v. 371, n. 9619, p. 1165-1172, abr. 2008. **Elsevier BV**. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60522-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60522-x). Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X). Acesso em: 22 dez. 2022.

KRUG, Etienne G. *et al.* (org.). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc>. Acesso em: 21 ago 2021.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde In: NJAINE, Kathie; et al. (org.). *Impactos da violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 21-43.

World Health Organization (WHO). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Genebra: WHO; 2013