



## Estratégias de enfrentamento da violência contra as mulheres nos serviços de saúde: revisão de escopo

Strategies for dealing with violence against women in health services: a scoping review

Estrategias para hacer frente a la violencia contra las mujeres en los servicios de salud: una revisión de alcance

Ciderleia Castro de Lima<sup>1</sup>, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca<sup>2</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Mapear e analisar as estratégias de enfrentamento à violência contra as mulheres assistidas nos serviços de saúde. **Métodos:** Revisão de escopo utilizando critérios de elegibilidade específicos. Foram consultadas as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Scopus e Excerpta Medica Database e a Scientific Electronic Library Online. Busca norteada pela pergunta: Quais as estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher nos serviços de saúde? **Resultados:** Foram encontrados 49 estudos, agrupados em cinco categorias empíricas: atendimento empático e estabelecimento de vínculo com a mulher; capacitação profissional, discussões interdisciplinares; encaminhamentos e interações com outros serviços e setores; ações ampliadas e ou inovadoras; práticas organizacionais para qualificar o atendimento. **Considerações finais:** O estudo mostrou a importância do atendimento prestado pelos serviços de saúde no enfrentamento da violência. Dada a complexidade e a abrangência do problema, as estratégias são múltiplas, variadas e abrangentes incluindo ações individuais e coletivas voltadas especificamente para a clientela atendida (mulheres, famílias e comunidades) até práticas organizacionais para qualificar os atendimentos visando à melhoria dos serviços de atendimento, em especial na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher, Serviços de saúde para a mulher, Estratégias de saúde, Práticas saudáveis.

### ABSTRACT

**Objective:** Map and analyze strategies for combating violence against women assisted in health services. **Methods:** Scope review using specific eligibility criteria. The databases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online were consulted via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Scopus and Excerpta Medica Database and the Scientific Electronic Library Online. Search guided by the question: What are the strategies for combating violence against women in health services? **Results:** 49 studies were found, grouped of five

<sup>1</sup> Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), Alfenas - MG.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo (USP), São Paulo - SP.

empirical categories: empathetic care and establishing a bond with the woman; professional training, interdisciplinary discussions; referrals and interactions with other services and sectors; expanded and/or innovative actions; organizational practices to qualify service. **Final considerations:** The study showed the importance of the care provided by health services in combating violence against women. Given the complexity and scope of the problem, the strategies are multiple, varied and comprehensive, including individual and collective actions aimed specifically at the clientele served (women, families and communities) to organizational practices to qualify care aimed at improving care services, especially in Primary Health Care.

**Keywords:** Violence against women, Women's health services, Health strategies, Healthy practices.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Mapear y analizar estrategias para combatir la violencia contra las mujeres atendidas en los servicios de salud. **Métodos:** Revisión del alcance utilizando criterios de elegibilidad específicos. Las bases de datos Medical Literature Analysis and Retrieval System Online fueron consultadas a través de PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Scopus y Excerpta Medica Database y Scientific Electronic Library Online. Búsqueda guiada por la pregunta: ¿Cuáles son las estrategias para combatir la violencia contra las mujeres en los servicios de salud? **Resultados:** Fueron 49 estudios, agrupados en cinco categorías empíricas: cuidado empático y establecimiento de vínculo con la mujer; formación profesional, debates interdisciplinarios; referencias e interacciones con otros servicios y sectores; acciones ampliadas y/o innovadoras; prácticas organizacionales para calificar el servicio. **Consideraciones finales:** El estudio mostró la importancia de la atención brindada por los servicios de salud en el combate a la violencia. Dada la complejidad y alcance del problema, las estrategias son múltiples, variadas e integrales, desde acciones individuales y colectivas para clientela atendida hasta prácticas organizativas para calificar la atención encaminadas a mejorar los servicios de atención, especialmente en la Atención Primaria a la Salud.

**Palabras clave:** Violencia contra la mujer, Servicios de salud de la mujer, Estrategias de salud, Práctica de cuidado.

---

## INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) é definida como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada”. (CONVENÇÃO, 1994). Trata-se de um fenômeno que tem comprometido a qualidade de vida de mulheres, em especial, as que estão em situação de maior vulnerabilidade. No espaço privado, 38% a 50% dos assassinatos de mulheres, no mundo, são perpetrados por pessoas de seu convívio, em geral, parceiros íntimos. No entanto, cerca de 55% a 95% das mulheres que sobrevivem à violência revelam não recorrer a nenhum tipo de serviço para enfrentamento do problema. (WHO, 2019)

No Brasil, a proteção à mulher teve um grande incremento com a Lei 11.340, de 2006, a Lei Maria da Penha, reconhecida pela ONU, em 2009, como uma das três melhores leis de proteção à mulher do mundo. (UNIFEM, 2009) Nela constam importantes medidas integradas voltadas às mulheres em situação de violência, principalmente a doméstica (BRASIL, 2006). A ONU Mulheres tem empenhado esforços para a eliminação de todas as barreiras legais, sociais e econômicas e para a eliminação, prevenção e resposta à discriminação e à violência contra as mulheres e meninas. Na Assembleia geral em março de 2024 foi feito apelo para que as mulheres tenham pleno acesso à justiça e a recursos eficazes para a participação plena, igualitária e efetiva em todos os processos decisórios para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento por meio da educação. (UN WOMEN, 2024)

O atendimento das mulheres nessa condição não prescinde de ações integradas de vários setores para a coordenação do cuidado e uma efetiva atenção às suas necessidades. Entre os setores, destaca-se o da saúde, porém não sem dificuldades, em especial pelo fato de o problema não se limitar à atenção de cunho

biologicista que predomina no setor. Dado o exposto, essa revisão de escopo se justifica pela necessidade de conhecer e aprofundar o entendimento das estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher no âmbito dos serviços de saúde, com a finalidade de subsidiar essa assistência. O objetivo foi mapear e analisar as estratégias de enfrentamento à violência contra as mulheres assistidas pelos serviços de saúde.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de escopo exploratória, estudo que mapeia conceitos e medidas importantes para a temática, examina a extensão e o alcance da investigação, podendo sumarizar e divulgar dados dos estudos realizados. Fornece uma visão geral das evidências acerca do fenômeno, é útil para examinar evidências emergentes e visa à identificação de lacunas de conhecimentos (PETERS MD, et al., 2020). O estudo buscou responder à questão: Quais são as estratégias de enfrentamento à violência contra as mulheres nos serviços de saúde? A pergunta de pesquisa foi elaborada a partir de elementos da estratégia PCC [P - problema (violência contra as mulheres); C - conceito (estratégias de enfrentamento); C - contexto (serviços de saúde)].

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, espanhol e português; estudos primários; realizados em serviços de saúde por profissionais e estudantes da área; realizados na perspectiva dos atores responsáveis pelas estratégias de enfrentamento; artigos revisados por pares e publicados a partir de 2000. Os critérios de exclusão foram: estudos de prevalência, estudos epidemiológicos, revisões, relatos de experiência, estudos realizados complementarmente aos serviços de saúde sem participação de profissionais de saúde.

As bases de dados foram a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online via PubMed (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Scopus e Excerpta Medica Database (EMBASE). Também foi acessada a biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Como estratégia de busca PCC, foram considerados os termos presentes no MeSH combinados com booleanos: P - violence OR domestic violence OR gender-based violence OR intimate partner violence OR battered women OR violence against women; C - healthcare practice OR advance health care planning OR health strategies; C - health services OR women's health services. A busca nas bases de dados foi feita em setembro de 2021 e em abril de 2024.

Os dados foram submetidos à leitura flutuante, buscando apreender informações sobre ano de publicação, área de atuação e país dos autores, população estudada, local, objetivo, idioma, tipo de estudo, principais achados relacionados às estratégias, profissionais envolvidos na estratégia.

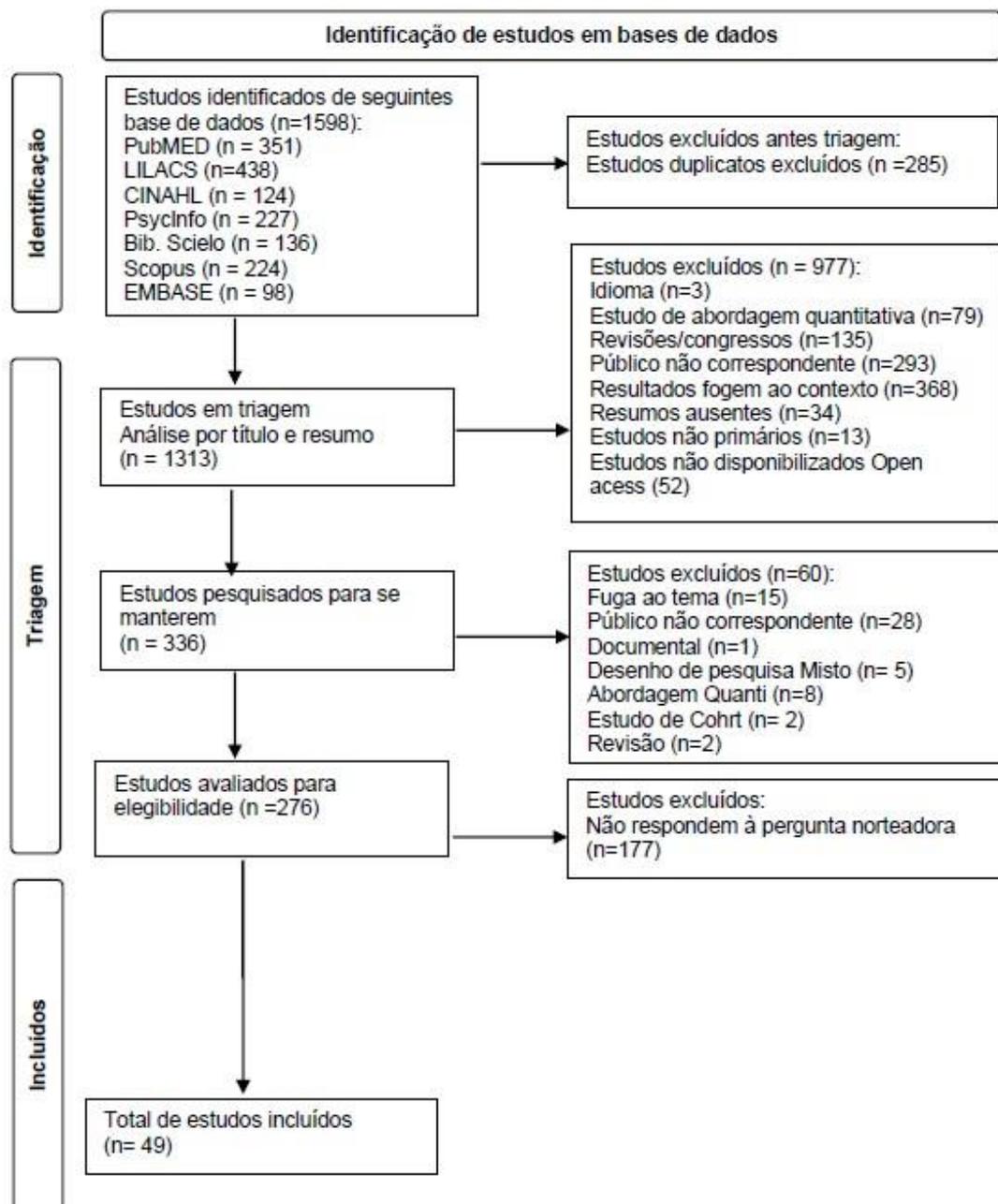
Para avaliação dos artigos, utilizou-se a GRADE-CERQual, que permite estabelecer o nível de confiança dos estudos, avaliados sob quatro aspectos: 1) limitações metodológicas; 2) coerência; 3) adequação dos dados e 4) relevância científica. Os dados foram organizados em uma planilha resumo contendo título, fundamentação teórica, definição do problema de pesquisa, objetivos, metodologia e processo de coleta e análise dos dados, apresentação dos resultados.

Para tratamento e análise de dados, os dados foram exportados para a plataforma Rayyan, com seleção às cegas pelas autoras. Os selecionados foram organizados numa planilha de excel 2010 e exportados para o software WebQDA. A análise de conteúdo permitiu a emergência de categorias empíricas que posteriormente foram analisadas para responder a questão de pesquisa (BARDIN L, 2011; PETERS MD, et al., 2020).

## RESULTADOS

Foram encontrados 1.598 artigos no total. Desses, foram excluídos 285 artigos duplicados e obedecidos os critérios de inclusão, a seleção final abarcou 49 estudos (**Figura 1**).

**Figura 1-** Descrição do processo de busca e seleção dos estudos.



**Fonte:** Lima CC e Fonseca RMGS, 2024.

O primeiro estudo foi publicado no ano 2.000, no Brasil e o último em 2024, na Espanha. Distribuídos neste intervalo de tempo, predominam os estudos publicados em 2017 (n=8), seguidos de 2020 e 2023 (n=6 em cada ano). Em relação à origem das publicações, predominaram os estudos realizados no Brasil 38,78%(n=19), seguidos do Reino Unido 18,37% (n=9), Estados Unidos 16,33% (n=8), Canadá 8,16% (n=8,16), Austrália 4,08% (n=2) e os demais com 2,04% (n=1) cada, realizados na Suécia, Noruega/Brasil, Itália, Índia, Espanha, Colômbia e África do Sul (**Quadro 1**).

**Quadro 1** - Estudos selecionados segundo autores, ano de publicação, principais achados e país de origem.

Código	Ano de publicação	Autores	Principais achados relacionados às estratégias	País de origem
1	2000	Souza VLC; Ferreira SL	Nos casos de aborto de gravidez resultante de violência o atendimento deve ser compreensivo e livre de julgamentos.	Brasil
2	2008	Medina ABC; Penna LHG	Capacitação profissional e discussões interdisciplinares.	Brasil
3	2009	Vieira LB, et al	Relação dialógica entre os envolvidos para identificação da violência e encaminhamentos das mulheres a serviços de apoio.	Brasil
4	2009	De Ferrante FG, et al.	Para os médicos: diálogo com a mulher para identificar a violência, tratar ferimentos; dar apoio moral; orientar sobre recursos que a mulher pode acessar, notificar e encaminhar	Brasil
5	2009	Lima MADs, et al.	Para auxiliares e técnicos de enfermagem e agendas comunitários de saúde: escuta, acolhimento e encaminhamentos	Brasil
6	2011	Chibber KS, et al.	Para médicos: perceber indícios de violência por parceiro íntimo (VPI), triagem e avaliação; aconselhamento e encaminhamento para serviços especializados	Estados Unidos da América
7	2012	Costa MC; Lopes MJM.	Acolhimento, vínculo e orientação por meio de diálogo com a mulher; ações em parcerias para o desenvolvimento de renda e educação em saúde. Uso do teatro como estratégia educativa.	Brasil
8	2012	Bonfim EG, et al.	Ações na ESF como encaminhamentos, busca ativa, registros corretos em prontuário para facilitar a comunicação entre os profissionais	Brasil
9	2013	Costa DA, et al.	Estabelecer fluxo de atendimento da equipe multiprofissional; acolhimento grupal, trabalho com dinâmicas de grupo, para interação entre as mulheres	Brasil
10	2013	Haeseler LA.	Planejamento de segurança para os profissionais, intervenção telefônica em caso de crise; equipe para programas de defesa em casos de encaminhamento aos serviços comunitários; ações ampliadas como moradia residencial e transitória, creche para os filhos menores, cozinha e gerenciamento financeiro; atendimento com terapias individuais, prevenção comunitária, aconselhamento.	Estados Unidos da América
11	2013	Almeida LR, et al.	Serious Games (SG) para capacitação profissional sobre violência contra a mulher, gênero, direitos humanos, em conexão com os pressupostos do SUS de integralidade, equidade, justiça, prevenção e promoção de saúde.	Brasil
12	2014	Moreira TNF, et al.	Suporte emocional; acompanhamento contínuo das famílias e das ações implementadas; consultas médicas e exames laboratoriais; integração com outros serviços e setores; intervenções legais e médicas compulsórias citando as intenações ou abrigamentos quando necessário.	Brasil
13	2014	Rodrigues VP, et al.	Discussão dos casos com a equipe envolvendo a participação da mulher. Nas ESF: identificar a violência, aconselhar e encaminhar as mulheres serviços de prevenção e combate da violência, em rede.	Brasil
14	2015	Van Wyk, N., Van der Wath, A., 2015	Para enfermeiros: ter empatia, enfrentar as dificuldades de lidar com as situações, aconselhamento e recorrer a outros profissionais de serviços pastorais e assistentes sociais.	África do Sul
15	2016	Martins LCA , et al.	Uso do mapa inteligente para pensar ações, fluxo de atendimento para agendamento na medida das necessidades das mulheres	Brasil
16	2016	Cortes LF, et al.	Fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência construído segundo a realidade do serviço, viabilizar articulação entre profissionais e serviços, referência e contrarreferência dos casos; construção da rede em si como estratégia de enfrentamento da violência.	Brasil
17	2016	UmubyeyiA, et al.	Colaboração entre polícia e hospitais paragarantir evidências de violência, capacitação profissional; grupos de apoio e organizações comunitárias.	Suécia
18	2017	Guerrero MFR	Capacitação dos profissionais, fluxograma de atendimento e folha de seguimento.	Colômbia
19	2017	Arboit JP, et al.	ESF com acolhimento, escuta, orientações, encaminhamentos e notificação compulsória.	Brasil
20	2017	Ballan MS;Freyer MB.	Participação do assistente social nos departamentos de emergência, atuando nas práticas como encaminhamentos para outros serviços de saúde e legais; avaliação confidencial do abuso, com exceção das leis de denúncia obrigatória. Atentar para abuso financeiro e táticas de isolamento.	Estados Unidos da América

21	2017	Amarijo CL, et al.	Conversa e orientação às vítimas	Brasil
22	2017	Jack SM, et al.	Programa Nurse-Family Partnership (NFP) como estratégia de intervenção contra a VPI (enfermeiras realizam visitas domiciliares a mulheres jovens e grávidas para interação com a família, triagens e encaminhamentos para serviços externos)	Canadá
23	2017	Olive P.	Registros adequados de triagem realizada pela enfermagem e diagnóstico feito pelo médico de família; encaminhamentos dos filhos para os serviços sociais; uso de mapas corporais de lesões e registro fotográfico.	Reino Unido
24	2017	Marques, SS, et al.	Detectar violência durante pré-natal por meio de acolhimento, escuta, encaminhamentos a serviços especializados em saúde mental; notificação da violência.	Brasil
25	2017	McCauley, M, et al.	No atendimento hospitalar: - Acolhimento com conforto às mulheres que relatam a violência; Encaminhar para o setor de psiquiatria, em casos de depressão e ansiedade; Acionar a polícia, e sugerem uma equipe diferente de profissionais de saúde, destacando a enfermeira para tratar tais questões em ambiente hospitalar.	Reino Unido (desenvolvido no Paquistão)
26	2018	Zuchi CZ, et al.	Escuta como prática para ir além do que a mulher relata, empatia, sensibilidade, calma e ausência de julgamento no acolhimento.	Brasil
27	2018	Horwood J, et al.	Utilização de ferramenta digital IRIS ADVISE para avaliação clínica da violência doméstica e classificação de risco para tratamentos e encaminhamentos.	Reino Unido
28	2018	O'Reilly R, Peters K	Nos serviços de saúde: aconselhamento; encaminhamento para especialistas e abrigos para mulheres; incentivar as mulheres a contatar a polícia e assegurar a segurança; acompanhamento, escuta e disponibilização de materiais educativos.	Austrália
29	2019	Procentese F, et al.	Escuta empática como intervenção, proporcionando um ambiente acolhedor para as vítimas; equipes treinadas para lidar com a violência doméstica	Itália
30	2019	Iverson KM, et al.	Ferramenta de triagem Extended-Hit, Insult, Threaten, Scream (E-HITS); Avaliação de risco de 3 itens adaptada do abrangente Danger Assessment; Provisão de recursos em diversos níveis e parcerias comunitárias; Integração da saúde mental na Atenção Primária; Documentação centrada na paciente e em seus desejos em relação ao registro sobre a abordagem específica da violência doméstica.	Estados Unidos da América
31	2020	Mota JA e Aguiar RS	Empatia e escuta qualificada no acolhimento; atendimento pautado na humanização e na criação de vínculo entre profissional e a mulher	Brasil
32	2020	Sabri B, et al.	Modelo conceitual para o impacto da COVID na VPI, sugerindo abordagens como atender necessidades básicas, fornecer assistência financeira e tecnológica, e fortalecer os serviços de saúde mental; estratégias inovadoras para educação e aconselhamento sobre violência doméstica, ampliação do alcance dos serviços virtuais e encaminhamentos para abrigos seguros.	Estados Unidos da América
33	2020	Portnoy GA, et al.	Triagem fundamentada na relação de confiança para apoiar e cuidar do paciente; não julgamento, imparcialidade, atenção e confiança.	Estados Unidos da América
34	2020	Rizkalla K, et al.	Uso de triagem progressiva e roteiros personalizados para sinalizar a VPI	Canadá
35	2020	Dheensa S, et al.	Treinamento ministrado pelos Assessores de Violência Doméstica Independentes (IDVAs) Destacam: o aperfeiçoamento das habilidades, conhecimentos e confiança dos profissionais de saúde no manejo da violência doméstica e abuso (DVA); encaminhamentos diretos e imediatos; suporte multidisciplinar e integrado.	Reino Unido
36	2020	Miranda RB, Lande S	Palestras, cursos, treinamento, manejo das lesões físicas e discussões com colegas para aprimoramento do atendimento às vítimas. Destacam também a cooperação entre profissionais de saúde, justiça criminal e assistentes sociais para fornecer suporte multidisciplinar às vítimas.	Noruega/Brasil
37	2021	Bacchus LJ, et al.	Uso do programa HERA (Healthcare Responding to Violence and Abuse).	Reino Unido
38	2021	Fornari LF; Fonseca RMGS.	Uso do Jogo "Violetas: cinema e ação na prevenção de violência contra a mulher" para enfrentamento da violência contra a mulher	Brasil
39	2022	Ferrara AM, et al.	Durante a COVID-19: visitas domiciliares online, grupos de apoio, aconselhamento e educação parental.	Estados Unidos da América

40	2022	Gadappa S, et al.	Workshops e treinamentos para médicos, enfermeiros e assistentes sociais para qualificar os atendimentos. Implementação pelo hospital de um sistema de feedback para pacientes expressarem anonimamente suas experiências durante o atendimento.	Índia
41	2022	Toccalino D, et al.	Na pandemia COVID-19, conscientização através de materiais impressos e parcerias com diversos estabelecimentos. Priorização do tratamento imediato de lesões visíveis causadas por violência.	Canadá
42	2022	Baffsky R, et al.	Durante a pandemia de COVID 19: implementação de triagem por telefone, incluindo perguntas padronizadas sobre riscos de saúde mental. Embora esses serviços não fossem específicos para mulheres em situação de violência, estas foram as mais atendidas.	Austrália
43	2023	Roberts SCM, et al.	Avaliação médica, tratamento de complicações e acompanhamento; encaminhamentos para serviços de apoio, como abrigos, serviços de saúde mental; aconselhamento e discussão de opções de tratamento e apoio; denúncia às autoridades, como a polícia ou os serviços de proteção; registros fidedignos como parte dos procedimentos hospitalares ou regulatórios.	Estados Unidos da América
44	2023	Burd C, et al.	A pandemia de COVID-19: serviços de atendimentos virtuais e alojamentos em hotéis.	Canadá
45	2023	Emsley E, et al.	Durante a COVID 19: treinamento remoto em violência doméstica e abuso nas clínicas gerais do Reino Unido	Reino Unido
46	2023	Dixon S, et al.	Durante a COVID 19: encorajar pacientes a discutir violência doméstica, colaborar com a mídia, adaptar processos de triagem, capacitar equipes administrativas para reconhecer violência doméstica, identificar sinais para discussão remota de violência e facilitar transições entre consultas remotas e presenciais conforme necessário	Reino Unido
47	2023	Bacchus LJ, et al.	Programa HERA (Healthcare Responding to Violence and Abuse) na APS: abordagem centrada na mulher, trabalho em equipe, confidencialidade e fluxo de encaminhamento interno, colaboração com redes especializadas externas, presença de um membro do Núcleo de Prevenção à Violência nas equipes da APS.	Reino Unido
48	2023	Doughty JL, et al.	Treinamento de profissionais de saúde para lidar com a violência doméstica (VD) e a implementação de uma intervenção de triagem. Foi desenvolvido um algoritmo de conduta para serviços de saúde bucal na identificação de mulheres em situação de violência.	Reino Unido
49	2024	Otero- García L, et al.	Coordenação entre os serviços e acessibilidade, com referência para a Atenção Primária à Saúde; adaptação da linguagem e comunicação usando as redes sociais; educação afetivo-sexual e informação sobre acesso aos recursos; atendimento buscando não revitimizar a mulher.	Espanha

Fonte: Lima CC e Fonseca RMGS, 2024.

As estratégias de enfrentamento foram agrupadas em cinco categorias empíricas, a saber: atendimento empático e estabelecimento de vínculo com a mulher; capacitação profissional, discussões interdisciplinares; encaminhamentos e interações com outros serviços e setores; ações ampliadas e ou inovadoras (incluindo as utilizadas durante a COVID 19); práticas organizacionais para qualificar o atendimento. Vale ressaltar que houve estudos que foram classificados em mais de uma categoria. (**Quadro 2**).

**Quadro 2-** Artigos selecionados na revisão segundo as categorias empíricas.

<b>Categorias empíricas</b>	<b>Códigos dos estudos</b>
1. Atendimento empático e estabelecimento de vínculo com a mulher	1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 19, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 33, 43, 49. (n=22)
2. Capacitação profissional, discussões interdisciplinares	2, 11, 13, 17, 18, 29, 25, 36, 38, 40, 46, 48. (n=12)
3. Encaminhamentos e interações com outros serviços e setores	3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 28, 30, 32, 35, 36, 43. (n=21)
4. Ações ampliadas e ou inovadoras (incluindo as utilizadas durante a COVID 19)	6, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 20, 22, 25, 32, 37, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 49. (n=20)
5. Práticas organizacionais para qualificar o atendimento	4, 8, 9, 10, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 27, 30, 32, 34, 35, 42, 43, 46, 48, 49. (n=22)

**Fonte:** Lima CC e Fonseca RMGS, 2024.

## DISCUSSÃO

A primeira categoria empírica “Atendimento empático e estabelecimento de vínculo com a mulher” descreve práticas e abordagens fundamentais no cuidado a mulheres que vivenciam violência, destacando a importância da empatia e da construção de um vínculo de confiança entre profissionais de saúde e pacientes. Esse vínculo é essencial para que a mulher se sinta acolhida, compreendida e segura para compartilhar suas experiências, facilitando a identificação e o manejo adequado da violência. Dos 49 estudos da revisão, 44,89% (n=22), destacam a importância do ambiente acolhedor e seguro, com profissionais aptos para o acolhimento com escuta qualificada com atenção, levando em consideração o momento difícil que a mulher se encontra de grande vulnerabilidade especialmente emocional. O estabelecimento de vínculo também foi largamente enfatizado (COSTA M, LOPES MJM, 2012; MOTA JA, AGUIAR RS, 2020)

Um estudo envolvendo mulheres em situação de aborto legal de gravidez decorrente de estupro, por exemplo, chama a atenção para a necessidade de entender o que significa para a mulher esta experiência, para além de um evento da vida reprodutiva. O acolhimento e a escuta livre de julgamentos de valores são fundamentais para não revitimizar a mulher, compreendendo que ela foi exposta a várias violências antes do desfecho pelo aborto. (SOUZA VLC; FERREIRA SL, 2000). Outro estudo cita o atendimento buscando não revitimizar a mulher (OTERO-GARCIA L, et al, 2024). Na Atenção Primária à Saúde, o vínculo com a mulheres no território é um grande diferencial para o enfrentamento da violência. Este vínculo pode ser facilitado por meio de vários tipos de ações como visitas domiciliares, consultas (PROCENTESE F, et al., 2019; MARQUES SS, et al., 2017), aconselhamentos, (ARBOIT JP, et al., 2017; COSTA M, LOPES MJM, 2012).

O estabelecimento da relação profissional-mulher deve estar pautado na confiança já na triagem, o que contribui para que o cuidado seja oferecido de forma imparcial e livre de julgamentos, buscando compreender as dimensões da violência contra a mulher (PORTNOY GA, et al., 2020; ZUCHI CZ, et al., 2018). A segunda categoria “Capacitação profissional, discussões interdisciplinares” aborda práticas de treinamento e colaboração entre diferentes disciplinas no atendimento a mulheres em situação de violência. Dos 49 estudos selecionados para essa revisão, 24,48% (n=12) deles se enquadram nessa categoria. Já no ano 2000 o primeiro estudo destaca a capacitação profissional para atuação interdisciplinar como estratégia de enfrentamento da VCM nos serviços de saúde (MEDINA ABC; PENNA LHG, 2008).

Destacam-se ações otimizadas pelo uso de dispositivos tecnológicos e ferramentas lúdicas voltados à capacitação profissional no enfrentamento da violência contra a mulher. São estratégias que visam aprimorar as habilidades dos profissionais, proporcionando uma experiência de aprendizagem envolvente e eficaz.

Novas tecnologias, como os jogos (Serious Games) e recursos pedagógicos, como por exemplo, os mapas conceituais podem ser considerados estratégias efetivas para abordar o tema de modo eficaz, facilitando o aprendizado e a qualificação profissional. (ALMEIDA LR, et al., 2013). Outro estudo reitera que práticas lúdicas são importantes ferramentas na preparação da equipe para o enfrentamento da VCM e atendimento qualificado. São práticas inovadoras capazes de provocar mudanças no contexto dos serviços que atendem mulheres em situação de violência. (FORNARI LF; FONSECA RMGS, 2021)

Não obstante, destacam a importância do preparo para o manejo da violência multiprofissional. Reiteram que os profissionais de saúde podem até ter participado de palestras sobre violência na universidade, no entanto, a atuação dos serviços de saúde carece de aprofundamento e abrangência como por exemplo, o preparo de profissionais da segurança no que tange ao enfrentamento da violência contra a mulher (MIRANDA RB, LANDE S, 2020). Estudos da terceira categoria empírica denominada “Encaminhamentos e interações com outros serviços e setores” aparecem em 42,85% (n=21) artigos e incorporam ações no enfrentamento da violência contra a mulher, que envolvem um processo coordenado de encaminhamentos, notificação e registros, inclusive utilizando fluxograma de atendimento ou mapa inteligente. Abrangem práticas de encaminhamentos para serviços especializados como serviço de psicologia, serviços sociais, assistência jurídica, abrigos e serviços de segurança pública, entre outros.

A prática de encaminhar mulheres em situação de violência para serviços especializados, deve considerar a especificidade e a complexidade dos casos. Os serviços mais comuns para encaminhamento são psicologia e de aconselhamento, seguidos por abrigos para mulheres vitimizadas. Outros serviços mencionados foram a polícia, serviços comunitários, serviços jurídicos e assistentes sociais (O'REILLY R; PETERS K, 2018). Para que o encaminhamento seja efetivo, espera-se que os serviços, incluindo os de saúde, sejam articulados. Um estudo afirma que o fluxograma é um dispositivo que facilita a organização e a continuidade do atendimento, direcionando as mulheres aos serviços adequados. A construção do fluxograma deve ser um processo colaborativo que envolve a identificação dos tipos de violência e dos serviços disponíveis, destacando a importância de uma porta de entrada, independente do serviço acessado pela mulher. (CORTES LF, et al., 2016).

Estudo afirma que, em ambiente hospitalar, os médicos tendem a uma abordagem guiada pela racionalidade biomédica e a prática adotada no manejo da violência contra a mulher é o encaminhamento para o departamento de psiquiatria, pois julgam ser benéfico para a depressão e a ansiedade que podem ser ligadas à submissão à violência, embora reconheça não ser a prática ideal. Cita a necessidade de encaminhamentos para outros serviços e, em alguns casos, chegam a acionar a segurança pública (McCAULEY M, et al., 2017). O caráter multifacetário da violência exige a colaboração entre a polícia e os hospitais para garantir a segurança das mulheres abusadas. A coleta de evidências de violência ou estupro demanda colaboração entre os setores da saúde e da segurança pública, demandando também outros saberes para a atenção. (UMUBYEYI A, et al., 2016).

As estratégias classificadas na quarta categoria empírica “Ações ampliadas e ou inovadoras (incluindo as utilizadas durante a COVID 19)” aparecem em 40,81% (n=20) estudos e envolvem intervenções ampliadas, decorrentes do envolvimento intersetorial para a facilitação do atendimento e de denúncias, garantindo uma resposta abrangente e coordenada às situações identificadas. Destaca-se o alcance das orientações a partir das habilidades e práticas de comunicação coletiva, evidenciando ações de prevenção por meio da educação afetivo-sexual. (OTERO-GARCÍA L, et al., 2024) São estratégias aplicadas nos serviços de saúde que podem possibilitar transformações no contexto social, como o envolvimento familiar. O teatro bem como as dinâmicas de grupo desenvolvidos por profissionais de saúde aparecem com protagonismo adequado para trabalhar o enfrentamento da VCM. (COSTA DA, 2013; COSTA MC; LOPES MJM, 2012)

No contexto da APS, com abordagem centrada na mulher, destaca-se o Programa HERA (Healthcare Responding to Violence and Abuse), uma importante ferramenta para o treinamento dos profissionais de saúde, possibilitando a identificação, acolhimento, atendimento e o encaminhamento dos casos de VCM. Com a implementação desse programa nos serviços a visão de ações dos profissionais se ampliou e respostas como acolhimento, escuta, apoio, prestação de cuidados e evitar julgamentos morais sobre os relatos das

mulheres foram mais valorizadas por eles. Esse programa propõe a implantação de um Núcleo de Prevenção à Violência, o que gerou satisfação nos serviços, pois os encaminhamentos foram assistidos, acompanhando mulheres aos serviços, organizando o transporte e verificando se as mulheres haviam chegado ao serviço. (BACCHUS LJ, et al., 2023)

Para operacionalização das ações no enfrentamento da VCM, em âmbito hospitalar, destaca-se o uso de procedimentos operacionais padrão (POPs) para o gerenciamento de casos de violência, especialmente a violência por parceiro íntimo, além do fornecimento de materiais de apoio para os profissionais de saúde (GADAPPA S, et al., 2022). Outro estudo mostra que, durante a pandemia de COVID 19, em que o confinamento das mulheres com seus agressores e sobreviventes da violência propiciou o aumento da violência doméstica, os serviços de saúde adaptaram mecanismos de atendimento, como o uso de equipamentos de proteção individual, abrigos seguros e o teleatendimento em prol da mulher em situação de violência. (SABRI B, et al., 2020). Várias instituições passaram a oferecer serviços virtuais como visitas domiciliares online, aconselhamento e sessões de terapia. (FERRARA AM, et al., 2022). Decorrente disso, alguns profissionais passaram a considerar a possibilidade de um modelo híbrido de serviço, com ressalvas para os níveis de risco para cada mulher e o tipo de serviço prestado. (BURD C, et al., 2023)

A quinta categoria “Práticas organizacionais para qualificar o atendimento” enfoca as estratégias adotadas pelas instituições de saúde para melhorar a gestão do atendimento prestado a mulheres em situação de violência. São práticas que visam criar um ambiente organizacional que contribua para a eficácia, a sensibilidade e a continuidade do cuidado. Do total de 49 estudos, 44,89% (n=22) incluem ações dessa categoria. Nos serviços de saúde destaca-se a implementação de uma ferramenta de triagem denominada Extended-Hit, Insult, Threaten, Scream (E-HITS) que possibilita ao profissional de saúde identificar e classificar os casos atendidos. Trata-se de uma estratégia que norteia a prática profissional, contribuindo para que não sejam negligenciadas questões centradas na mulher. Trata-se de um sistema capaz de nortear a abordagem profissional no rastreamento e classificação de risco de violência. (IVERSON KM, et al., 2019) Estratégia semelhante aparece em outro estudo, no que se refere ao treinamento e operacionalização do atendimento em serviços de saúde no manejo da VCM. (DHEENSA S, et al., 2020)

Para além do atendimento, os estudos ressaltam a importância de otimizar as respostas às mulheres expostas à violência. Destacam o quão efetiva é a atuação profissional em serviços que dispõem de um fluxograma de atendimento, construído coletivamente. (CORTES LF, et al., 2016). Para além do fluxograma de atendimento, outro estudo destaca a folha de seguimento dos casos, uma prática que contribui para reduzir a revitimização das mulheres (GUERRERO MFR, 2017). No que tange às notificações e aos registros, estudos afirmam que em serviços de saúde os profissionais costumam elaborar relatórios embasados nos procedimentos efetuados, uma prática comum em ambiente hospitalar, o que facilita o seguimento (ROBERTS SCM, et al., 2023). Como estratégia de alcance coletivo, a notificação compulsória dos casos contribui enormemente para a elaboração de políticas mais coesas e efetivas no enfrentamento da violência contra a mulher (ARBOIT JP, et al., 2017; MARQUES SS, et al., 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou a importância do atendimento prestado pelos serviços de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres e que as estratégias utilizadas são múltiplas e variadas, dada a complexidade e a abrangência do problema. Os estudos citam vários tipos de estratégias que foram classificadas em quatro categorias empíricas podendo um mesmo estudo constar em mais de uma delas. As estratégias são abrangentes e incluem desde ações individuais até coletivas voltadas especificamente para a clientela atendida (mulheres, famílias e comunidades) até práticas organizacionais para qualificar os atendimentos visando à melhoria dos serviços de atendimento, em especial na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, há necessidade premente da participação dos vários setores e a interconexão entre os serviços para otimização do atendimento e propiciar respostas efetivas às necessidades das mulheres em situação de violência, exigindo conhecimentos e habilidades dos profissionais envolvidos, além de disposição para oferecer suportes condizentes com as necessidades das mulheres em situação de violência. Ficou evidente a

importância de uma abordagem integrada e sensível nos serviços de saúde para lidar com a violência contra a mulher, o que significa a criação de vínculos empáticos, a capacitação profissional contínua e interdisciplinar, os encaminhamentos coordenados e as práticas organizacionais voltadas para a melhoria do atendimento são fundamentais. As práticas lúdicas emergiram como abordagens promissoras, mostrando que jogos e outras ferramentas lúdicas na capacitação dos profissionais de saúde não só aprimora suas habilidades, mas também torna o aprendizado mais envolvente e eficaz. A colaboração interdisciplinar e intersetorial fortaleceu a resposta coletiva à violência, promovendo um ambiente de apoio e acolhimento para as mulheres em situação de vulnerabilidade.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos às pesquisadoras a seguir a colaboração na execução do presente estudo. Bárbara Betina Lamana - Graduanda em Medicina da Universidade Federal de Lavras (MG). Membro do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da EEUSP. Lucimara Fabiana Fornari - Pós-doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do grupo de pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da EEUSP.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA LR, et al. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. *Rev bras educ méd*, 2013; 37(1): 110-119.
2. AMARIJO CL, et al. Nursing personnel's social representations of domestic violence against women: A structural approach. *Rev Enferm*, 2017; 25(1).
3. ARBOIT JP, et al. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2017; 51.
4. BACCHUS LJ, et al. Adaptive work in the primary health care response to domestic violence in occupied Palestinian territory: a qualitative evaluation using Extended Normalisation Process Theory. *BMC Fam Pract*, 2021; 22(1): 3.
5. BACCHUS LJ, et al. An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. *BMC Prim care*, 2023; 24(1): 198.
6. BAFFSKY R, et al. "The real pandemic's been there forever": qualitative perspectives of domestic and family violence workforce in Australia during COVID-19. *BMC Health Serv Res*, 2022; 22(1): 337.
7. BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. 2011; 70: 229.
8. BONFIM EG, et al. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Esc Anna Nery*, 2010; 14(1): 97-104.
9. BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de Ago. de 2006. Lei Maria Da Penha. Cria Mecanismos Para Coibir a Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. 2006. <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/18/984/Lei-maria-da-penha-11340.pdf>.
10. BURD C, et al. Our services are not the same: the impact of the COVID-19 pandemic on care interactions in women's shelters. *BMC Womens Health*, 2023; 23(1): 427.
11. CHIBBER KS e KRISHNAN S. Confronting Intimate Partner Violence: A Global Health Priority. *Mt SINAI J Med*, 2011; 78(3): 449-457.
12. CONVENÇÃO INTERAMERICANA. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - convenção de Belém do Pará. Published 1994. Accessed January 31, 2022. <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>.
13. CORTES LF, et al. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. *Rev gaúch enferm*, 2016; 37: 20160056-20160056.
14. COSTA DAC, et al. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. *Cogitare enferm*, 2013; 18(2): 302-309.
15. COSTA MC e LOPES MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev Esc Enferm USP*, 2012; 46(5): 1088-1095.
16. DE FERRANTE FG, et al. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface - Comun Saúde, Educ*, 2009; 13(31): 287-299.
17. DHEENSA S, et al. "From taboo to routine": a qualitative evaluation of a hospital-based advocacy intervention for domestic violence and abuse. *BMC Health Serv Res*, 2020; 20(1): 129.

18. DIXON S, et al. General practice wide adaptations to support patients affected by DVA during the COVID-19 pandemic: a rapid qualitative study. *BMC Prim care*, 2023; 24(1): 78.
19. DOUGHTY JL, et al. Dental Public Health in Action: Delivering a domestic violence and abuse screening and identification training programme in North Staffordshire-based dental practices. *Community Dent Health*, 2023; 40(1): 3-8.
20. DOUGHTY JL, et al. Dental Public Health in Action: Delivering a domestic violence and abuse screening and identification training programme in North Staffordshire-based dental practices. *Community Dent Health*, 2023; 40(1): 3-8.
21. EMSLEY E, et al. General practice as a place to receive help for domestic abuse during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study in England and Wales. *Br J Gen Pract*, 2023; 73(735): 769-777.
22. FERRARA AM, et al. Army home visitors' implementation of military family violence prevention programming in the context of the COVID-19 pandemic. *Couple Fam Psychol Res Pract*, 2022; 11(1): 60-73.
23. FORNARI LF e FONSECA RMGS. Board Game Violetas: the perspective of professionals addressing violence against women. *Rev da Esc Enferm da USP*, 2021; 55.
24. UNIFEM. FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DA NAÇÕES UNIDAS PARA MULHER. Quem responde às mulheres? Gênero e responsabilização. *Progresso das mulheres do mundo 2008/2009*. Published 2009. Accessed December 21, 2023. <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Portuguese-POWW-2008-indd.pdf>.
25. GADAPPA S, et al. Innovations in implementing a health systems response to violence against women in 3 tertiary hospitals of Maharashtra India: Improving provider capacity and facility readiness. *Implement Res Pract*, 2022; 3: 26334895211067988.
26. GUERRERO MFR. Violencia física contra la mujer: una propuesta de abordaje desde un servicio de salud. *rev Cuid*, 2017; 8(2): 1656-1667.
27. HAESLER LA. Themes of Coping in the Spectrum of Domestic Violence Abuse: A Review of the Literature. *J Evid Based Soc Work*, 2013; 10(1): 25-32.
28. HORWOOD J, et al. Assessing for domestic violence in sexual health environments: a qualitative study. *Sex Transm Infect*, 2018; 94(2): 88-92.
29. IVERSON KM, et al. Intimate Partner Violence Screening Programs in the Veterans Health Administration: Informing Scale-up of Successful Practices. *J Gen Intern Med*, 2019; 34(11): 2435-2442.
30. JACK SM, et al. Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *J Clin Nurs*, 2017; 26(15): 2215-2228.
31. LIMA MADS, et al. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(4): 625-632.
32. MARQUES SS, et al. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. *Rev Gaúcha Enferm*, 2017; 38(3).
33. MARTINS LCA, et al. Violência contra mulher: acolhimento na estratégia saúde da família. *Ciênc Cuid saúde*, 2016; 15(3): 507-514.
34. MCCAULEY M, et al. "Keeping family matters behind closed doors": Healthcare providers' perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017; 17(1).
35. MEDINA A e PENNA L. The perception of obstetrics nurses concerning domestic violence involving pregnant women. *Texto Context Enferm*, 2008; 17(3): 466-473.
36. MIRANDA RB e LANGE S. Domestic violence and social norms in Norway and Brazil: A preliminary, qualitative study of attitudes and practices of health workers and criminal justice professionals. *PLoS One*, 2020; 15(12): 0243352.
37. MOREIRA TNF, et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde e Soc*, 2014; 23(3): 814-827.
38. MOTA JA e AGUIAR RS. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. *Nurs*, 2020; 23(262): 3651-3848.
39. O'REILLY R e PETERS K. Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community-based health care providers. *BMC Womens Health*, 2018; 18(1): 128.
40. OLIVE P. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *J Clin Nurs*, 2007; 16(9): 1736-1748.
41. OTERO-GARCIA L, et al. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. *PLoS One*, 2024; 19(4): 0297886.
42. PETERS MD, et al. Scoping reviews. In: *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020; 11.
43. PORTNOY GA, et al. Patient and provider barriers, facilitators, and implementation preferences of intimate partner violence perpetration screening. *BMC Health Serv Res*, 2020; 20(1): 746.

44. PROCENTESE F, et al. Healthcare Professionals' Perceptions and Concerns towards Domestic Violence during Pregnancy in Southern Italy. *Int J Environ Res Public Health*, 2019; 16(17).
45. RIZKALLA K, et al. Improving the response of primary care providers to rural First Nation women who experience intimate partner violence: a qualitative study. *BMC Womens Health*, 2020; 20(1): 209.
46. ROBERTS SCM, et al. Health care provider reporting practices related to self-managed abortion. *BMC Womens Health*, 2023; 23(1): 136.
47. RODRIGUES VP, et al. The practice of family health strategy workers when caring for women in gender violence situations. *Texto & Context enferm*, 2014; 23(3): 735-743.
48. SABRI B, et al. Effect of COVID-19 pandemic on women's health and safety: A study of immigrant survivors of intimate partner violence. *Health Care Women Int*, 2020; 41(11): 1294-1312.
49. SOUZA V e FERREIRA S. The influence of marital violence on the decision to have an abortion. *Rev Bras Enferm*, 2000; 53(3): 375-385.
50. TOCCALINO D, et al. Addressing the Shadow Pandemic: COVID-19 Related Impacts, Barriers, Needs, and Priorities to Health Care and Support for Women Survivors of Intimate Partner Violence and Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 2022; 103(7): 1466-1476.
51. UMUBYEYI A, et al. Gender inequality prevents abused women from seeking care despite protection given in gender-based violence legislation: A qualitative study from Rwanda. *PLoS One*, 2016; 11(5).
52. UN WOMEN. Normative aspects of the work of the United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Published online 2024. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n23/411/57/pdf/n2341157.pdf?token=t2S9YNTLLJI2gC4JEa&f e=true>.
53. VIEIRA LB, et al. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Rev gaúch enferm*, 2009; 30(4): 609-616.
54. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Respect women: preventing violence against women. World Health Organization.
55. WYK N VAN e WATH A VAN DER. Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: A South African perspective. *Contemp Nurse*, 2015; 50(1): 94-103.
56. ZUCHI CZ, et al. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. *REME rev min enferm*, 2018; 22: 1085.