



PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE SMS RIO  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA UERJ E UFRJ

**Thais Motta Coutinho Batista**

## **Desafios dos profissionais da APS no manejo de situação de violência a mulheres.**

Rio de Janeiro  
2021

**Thais Motta Coutinho Batista**

**Desafios dos profissionais da APS no manejo de situação de violência a mulheres.**

v.

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Especialista de Família e Comunidade.

Orientadora: Me. Renata Pedreira da Cruz

Rio de Janeiro

2021

## RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002). O objetivo geral desta pesquisa é mapear os conhecimentos, atitudes e práticas profissionais na APS que envolvem o atendimento a mulheres em situação de violência. Já os objetivos específicos são identificar o conhecimento e prática dos profissionais da APS sobre mulheres em situação de violência; e identificar o conhecimento dos profissionais da APS sobre o itinerário terapêutico de mulheres em situação de violência. O presente estudo utilizou como metodologia, uma Revisão Integrativa, tendo como diretrizes as etapas propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010). Os descritores de assunto (DECS) utilizados para a busca de artigos, de acordo com a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) sobre o atendimento de mulheres em situação de violência, foram: Violência de gênero; Violência baseada em gênero; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; itinerário terapêutico e Educação Continuada, usando os operadores AND e OR. Foram obtidos 1.586 artigos no total, sendo selecionados 03 artigos em Português. Após o estudo, fica evidente a necessidade da abordagem do tema durante a formação dos profissionais de saúde, assim como a educação continuada. Já o itinerário terapêutico precisa ser mais evidenciado e estruturado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência de gênero; Violência baseada em gênero; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; itinerário terapêutico e Educação Continuada.

## **ABSTRACT**

The World Health Organization (WHO) defines violence as the intentional use of physical force or real force or threats against themselves against someone else or against a group or a community that may result in injuries that can cause psychological damage or disability or privation (WHO, 2022). The primary object of this study was to map the knowledge, attitudes and professional practice in the Primary Health Care (PHC) which involves following up women in situations of violence. The specific objects were to identify technological and professional practice (PHS) over woman in situation of violence; and to identify the professionals' knowhow in the APS about the therapeutic itinerary of women under . The following study used as methodology an integrative revision, having used as directives the steps proposed by Souza, Silva and Carvalho (2010). The descriptors used in the article research according to the Virtual Health Library (VHL) about the follow-up of women in situation of gender violation were: gender-based violation, primary health care, women's health, therapeutic itineraries and continued education, using AND and OR operators. There were 1.586 articles in total, from which three articles written in Portuguese were selected. After this study, it is clear the urge of approach of the theme during the graduation of healthcare professionals as in continued education. About the therapeutic itineraries, they seem to be in need of being evidenced and structured.

**KEY-WORDS:** Violation of gender; Gender-based violation; Primary health care; Women's health; Therapeutic itineraries; Continued education.

## RESUMEN

La organización Mundial de la Salud (OMS) define la Violencia como el uso intencional de fuerza física o poder real o amenazado contra sí mismo, contra otra persona, o contra un grupo o una comunidad que resulte o tenga posibilidad de resultar una lesión, muerte, daño psicológico, deficiencias de desenvolvimiento o privación (OMS, 2002). El objetivo general es mapear el conocimientos, actitud y prácticas profesionales en la APS que involucran el cuidado de los atenciones a las mujeres en situaciones de violencia. Ya los objetivos específicos son identificar los conocimientos y prácticas profesionales de la APS sobre mujeres en situaciones de violencia; Identificar el conocimiento de los profesionales de la APS sobre el itinerario terapéutico de mujeres en situación de violencia. El presente estudio utilizó como metodología, una revisión integrativa, siendo usadas como directrices las etapas propuestas por Souza, Silva y Carvalho (2010). Los descriptores del tema (DECS) utilizados para las búsquedas de los artículos, de acuerdo de la biblioteca virtual de la salud (BVS) sobre el atenciones de mujeres en situación de violencia son: Violencia de género; Violencia basada en género; Atención primaria la salud; Salud de la mujer; Itinerario Terapéutico y Educación continuada, utilizando los operadores AND y OR. Fueron obtenidos 1.586 artículos en total, siendo seleccionados 03 artículos en Portugues. Después de los estudios queda claro la necesidad de la abordaje del tema durante las formaciones de los profesionales de la salud, así como la educación continuada. ya el itinerario terapéutico necesita ser más evidenciado y estructurado.

**PALABRAS-CLAVE:** Violencia de género; Violencia basada en género; Atención primaria la salud; Salud de la mujer; Itinerario Terapéutico y Educación continuada.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 — Fluxograma de atendimento às pessoas em situação de violência no município do RJ

Figura 2 — Fluxograma da sistematização da busca nas bases de dados

Tabela 1 — Descrição dos dados dos artigos: título, autores (a), ano da publicação, periódicos e bases de dados, área de publicação e ação profissional focalizada

Anexo A — Quadros de estratégias de buscas

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB — Atenção Básica
- ACS — Agente Comunitário de Saúde
- AIDS — Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APS — Atenção Primária à Saúde
- ANTRA — Associação Nacional de Travestis e Transexuais
- BDENF — Base de Dados de Enfermagem
- BVS — Biblioteca Virtual de Saúde
- CAP — Central da Área Programática
- CAPS — Centros de Atenção Psicossocial
- CAPSi -Centros de Atenção Psicossocial Infantil
- CP — Código Penal
- CRAM — Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher
- CRAS — Centros de Referência de Assistência Social
- CREAS — Centros de Referência Especializados em de Assistência Social
- CT — Conselho Tutelar
- CTA — Centro de Testagem e Aconselhamento
- DECS — Descritores em Ciências da Saúde
- ESF — Estratégia Saúde da Família
- HIV — Vírus da Imunodeficiência Humana
- IST — Doença Sexualmente Transmissível
- IT — Itinerário Terapêutico
- ITU — Infecções do Trato Urinário
- PAISM — Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PNSIPN — Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
- PTS — Plano Terapêutico Singular
- LILACS — Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE — Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
- MP — Ministério Público
- NASF — Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- OMS — Organização Mundial de Saúde
- ONU — Organização das Nações Unidas

SAE — Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SES RJ — Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro  
SINAN — Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SMS — Secretaria Municipal de Saúde  
SNPM — Secretaria Nacional de Política para as Mulheres  
SUS — Sistema Único de Saúde  
Viva — Vigilância de Violências e Acidentes  
VPI — Violência por Parceiro Íntimo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1 Análise de Gênero a partir da perspectiva do feminismo interseccional</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2 Políticas públicas que focalizam o combate a violência de gênero</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3 Violência de gênero enquanto problema de saúde pública</b> .....	<b>13</b>
<b>1.4 Epidemiologia</b> .....	<b>14</b>
<b>1.5 Itinerário terapêutico</b> .....	<b>15</b>
<b>1.6 Protocolo de atendimento</b> .....	<b>15</b>
<b>1.7 Questão Norteadora</b> .....	<b>18</b>
<b>1.8 Objetivo geral</b> .....	<b>18</b>
<b>1.9 Objetivo específico</b> .....	<b>18</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>20</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>21</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>26</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>35</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>41</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002).

A violência não se limita à agressão física; existe também as sexual, moral, patrimonial, psicológica, doméstica, institucional, social e econômica. A violência de gênero se mostra como uma das com maior prevalência.

De acordo com a socióloga feminista Saffioti (2001), todas as agressões existentes que são destinadas às mulheres, crianças e adolescentes de qualquer sexo ou orientação sexual são denominadas como violência de gênero. As Nações Unidas definem a violência contra a mulher como “Qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada”. (ONU, 1992).

Nesse sentido, o objeto do presente estudo é o atendimento na APS a mulheres em situação de violência.

### **1.1. Análise de Gênero a partir da perspectiva do feminismo interseccional**

A violência existe em todos os lugares e atinge todos os tipos de pessoas. Porém, em relação à violência praticada contra a mulher, é preciso entender que se trata de um fenômeno sociocultural. O Brasil possui uma cultura que naturaliza a violência contra a mulher durante anos.

Desde o início da construção do Brasil, a mulher branca foi vista como submissa e responsável por cuidar dos filhos e da casa, e o homem, como provedor da casa. Por outro lado, em se tratando da mulher negra, o aparato colonial produziu o não pertencimento à categoria mulher. Se a mulher branca era o corpo destinado ao âmbito doméstico, as mulheres negras estavam relegadas ao regime de escravidão, tendo seu corpo vilipendiado nas lavouras e sendo submetida a violências materiais e simbólicas.

No presente artigo, pretende-se tratar a questão de gênero a partir da perspectiva interseccional, por se entender que mulher não constitui uma categoria universal.

De acordo com Akotirene (2018), a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado — que, por sua vez, são produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais.

Uma das consequências dessa estrutura social e cultural é o adiamento da igualdade de gênero em nossa legislação, no que diz respeito a leis específicas contra violência doméstica e de gênero, retardando a atenção e a gravidade, por exemplo, com a qual o feminicídio deveria ser tratado. Muitas mulheres morreram e ainda morrem devido à falta de proteção legal e amparo. (GUIMARÃES et al., 2015). Ainda em tempos atuais, com a criação das leis que amparam mulheres vítimas de violência, os índices são altos e não pode deixar de ser mencionado os que, ao desagregar os dados de violência por raça/ cor, existe uma incidência maior em mulheres negras, tanto as cisgêneras (cis) quanto as transgêneras (trans).

## **1.2. Políticas públicas que focalizam o combate a violência de gênero**

Sobre as políticas públicas, podemos afirmar que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi organizado pelo Ministério da Saúde em 1984, marcando o rompimento conceitual através de princípios norteadores e os métodos para eleições de prioridades da política de saúde das mulheres.

Foram incluídos no novo programa para a saúde da mulher cuidados voltados para o cenário de saúde sexual e reprodutiva através de ações com foco na educação e prevenção, assistências para melhores diagnósticos, tratamentos e recuperação. Abordando além da ginecologia, o planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério, climatério, câncer de colo de útero e de mama, infecções sexualmente transmissíveis (IST's), fornecendo, portanto, um cuidado integral e longitudinal a partir do perfil populacional das mulheres.

A Área Técnica de Saúde da Mulher, em 2003, identificou também a necessidade de articular e incluir novas ações com outras áreas técnicas em relação à importância da atenção às mulheres rurais, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, e com deficiência, fortalecendo, desta feita, a atuação nos debates e atividades sobre a saúde da mulher e o meio ambiente.

As mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), frequentando os serviços de saúde para o seu próprio atendimento ou até mesmo para

acompanhar filhos e outros familiares. Quando essas mulheres sofrem violência, procuram cada vez menos atendimento por serem muitas vezes impedidas pelo medo e ameaças ou por se encontrar em condições de cárcere privado. Segundo estudos realizados (Cavalcante et. al, 2020), quando chegam a procurar, a maioria vai a delegacias não especializadas e muitas acabam não recebendo o atendimento adequado.

Segundo relato de mulheres, em muitos atendimentos em delegacias elas são ridicularizadas, culpabilizadas e não são sequer ouvidas.

Em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro é seguido o protocolo de atendimento às pessoas vítimas de violência (SESRJ, 2019-2020) no primeiro atendimento. A mulher é acolhida com escuta ativa, passa por avaliação, é feita a notificação e, caso seja necessário, realiza a profilaxia. Após o primeiro atendimento, devem ser acompanhadas, mas dificilmente é o que acontece.

Em 7 de agosto de 2006, aconteceu um marco histórico na legislação brasileira: foi sancionada a lei nº 11.340/2006, Lei Maria da Penha, criada para proteção de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, visto que muitos agressores ficaram impunes por causa da demora por anos para o julgamento e o não cumprimento das sentenças ou pagando apenas com cestas básicas. O documento descreve as disposições preliminares e gerais, as formas de violência, as medidas integradas de prevenção, a assistência à mulher em situação de violência, o atendimento pela autoridade policial, medidas protetivas de urgência (não só em relação à pessoa agredida, mas também abordando obrigações do agressor e crimes em caso de descumprimento dessas obrigações), atuação do MP, assistência judiciária, equipe de atendimento multidisciplinar, disposições transitórias e finais. Tal lei só entrou em vigor 45 dias após a aprovação. Ela recebeu esse nome para homenagear a luta por justiça de uma mulher que sofreu muitas formas de violência (física, psicológica, verbal), cárcere privado e dupla tentativa de feminicídio (arma de fogo e eletrocussão), resultando em sequelas permanentes como a paraplegia e danos psicológicos em 1983. O primeiro julgamento do caso ocorreu apenas 8 anos depois. Não podemos deixar de destacar a importância do movimento feminista, que foi vital neste caso, ao dar visibilidade à luta e a tantas outras conquistas desde 1918.

Em 28 de julho de 2021 foi promulgada a lei nº 14.188, que trouxe avanços na legislação ao combate à violência contra a mulher e ao feminicídio, pois foram realizadas algumas alterações no Código Penal e inclusão de um novo artigo. A lei define o programa de

cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica e familiar, criando um código para que a vítima possa denunciar situações de violência fazendo um sinal em formato de “x” preferencialmente vermelho, na palma da mão. Houve alteração do parágrafo 13 do artigo 129 do CP, onde se lê que caso a lesão corporal for praticada contra uma mulher por razões de gênero, a pena é de reclusão de 1 a 4 anos.

Além disso, foi criado o artigo 147-B, que detalha e criminaliza a violência mais velada de todas por não deixar marcas “visíveis” e por ainda ser normalizada pela sociedade, a violência psicológica contra a mulher.

Causar dano emocional à mulher que a prejudique e perturbe seu pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou a controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, chantagem, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação: Pena — reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa, se a conduta não constitui crime mais grave. (Art. 147-B CP, lei nº 14.188)

No artigo 12-C da Lei Maria da Penha, além da violência física, a violência psicológica também é um agravante para afastar o agressor imediatamente do lar, domicílio ou qualquer outro local de convivência. A lei já está em vigor desde a data da sua publicação.

### **1.3. Violência de gênero enquanto problema de saúde pública**

A violência contra a mulher cis e trans é um grande problema de saúde pública, pois afeta a saúde física, mental, emocional, sexual e a vida reprodutiva. Mulheres que vivem em situação de violência podem ter uma gravidez indesejada, de forma que a mulher inicia tardiamente o pré-natal ou ocorrem quadros repetidos de abortos fazendo com que a mulher coloque sua vida em risco, ITU de repetição, dor pélvica crônica, queixas ginecológicas constantes e o aumento da probabilidade de contrair IST's como o HIV.

A saúde mental é muito afetada, causando danos como transtornos na sexualidade, síndrome do intestino irritável, tristeza, choro fácil sem motivo aparente, estresse, ansiedade, depressão, depressão pós-parto, fobias, automutilação, aumento de casos de suicídio e homicídio. As doenças psicossomáticas se tornam mais frequentes afetando a saúde como um todo.

Muitas mulheres buscam pelos serviços de saúde com lesões, hematomas, queixas recorrentes mesmo após tratamentos, queixas como dores difusas, crônicas em qualquer lugar do corpo ou sem localização exata (já que não sabe especificar o nome e nem onde sente a

dor). O profissional deve estar atento a essas demandas ocultas, pois a grande maioria tem medo do enfrentamento e não compartilham a situação de violência em que se encontra, afetando o processo saúde-doença.

#### **1.4. Epidemiologia**

A Organização Mundial da Saúde coloca o Brasil no 5º lugar dos países que mais matam mulheres no mundo no contexto doméstico e familiar. A cada 2 horas, uma mulher é morta no Brasil, totalizando 4.519 vítimas.

Aproximadamente uma em cada três mulheres em todo o mundo já sofreram algum tipo de violência física e/ou sexual e 30% desses casos ocorreram dentro de casa, significando que a violência foi causada pelos próprios parceiros. Adicione-se a isso que a maioria das violências e dos feminicídios ocorrem através do próprio parceiro ou por alguém do convívio íntimo da vítima. Alguns indicadores de risco são a baixa escolaridade, o abuso durante a infância, posturas violentas por parte do parceiro ou uso de substâncias químicas. Na maioria das vezes em que a vítima tenta sair do relacionamento abusivo após o primeiro episódio, é desencorajada por familiares, dentre outras pessoas, reforçando a submissão e a importância de se manter um casamento com a justificativa de ser normal em um relacionamento, afinal, de acordo com o senso comum, o agressor “é uma boa pessoa” e “vai mudar”. Para piorar, muitas vezes a vítima depende do agressor financeiramente. Por fim, não se pode esquecer da desigualdade de gênero que é enraizada em nossa sociedade.

A partir de uma análise entre gênero e raça identificando se o autor muda de acordo com a raça/cor da vítima e o tipo de relação que mantinham com seus agressores. Através do gráfico realizado no documento “Dossiê Mulheres Negras, 2013”, observamos que predominantemente as mulheres negras foram agredidas por pessoas do seu convívio, enquanto a mulher branca foi predominantemente mais agredida por desconhecidos. “Isto pode revelar tanto que a mulher branca tem mais disposição a declarar agressão quando esta parte de terceiros, quanto que as mulheres negras são mais agredidas no interior de sua rede de apoio e conhecimento.” (Marcondes et al., 2013).

No que diz respeito às mulheres trans, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) lançou o Dossiê dos Assassinatos e da Violência Contra Pessoas Trans Brasileiras. A 4ª edição, referente ao ano de 2020, chama atenção pelo fato do Brasil em

2020, ter assegurado o 1º lugar no ranking dos assassinatos de pessoas trans no mundo, com números que se mantiveram acima da média. Neste ano, o dossiê encontrou notícias de 184 registros que foram lançados no Mapa dos assassinatos de 2020. Após análise minuciosa, chegou-se ao número de 175 assassinatos, todos contra pessoas que expressavam o gênero feminino em contraposição ao gênero designado no nascimento. Cabe lembrar exaustivamente a subnotificação e ausência de dados governamentais. (ANTRA, 2020).

### **1.5. Itinerário terapêutico**

A definição de itinerário terapêutico (IT) é bastante polissêmica. Para Alves e Sousa, a partir da literatura socioantropológica, o definem como “um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição.” (ALVEZ; SOUZA, 1999, p.133), atentando-se para os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, pontuando a importância que a participação do usuário tem no processo de produção de cuidado. Chama-se atenção ainda para o fato de que a análise do IT não se limita a identificar a variedade de serviços e a utilização que as pessoas fazem das instâncias de cura num viés apenas interpretativo e explicativo.

Para Pinheiro et. al (2016, p. 23) o IT possibilita apreender o que está em jogo no processo saúde-doença-cuidado. Para os autores, o IT possibilita compreender o papel do encontro entre as pessoas, ultrapassando a barreira biológica e técnica do cuidado.

“Falar em pluralismo terapêutico é situar um conjunto de cuidados e crenças sobre o corpo e a alma, a saúde e a doença”, defendem as autoras, “a partir da inserção em um sistema cultural com significados e arranjos particulares de instituições, racionalidades e de interações interpessoais”. Por conta disso, “[...] esse território do pluralismo terapêutico” é “entendido como cenário de opções distintas de saúde, que se volta nosso interesse”. (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016, pg. 29).

### **1.6 Protocolo de atendimento**

#### **Fluxo Nacional**

Quando a mulher chega à unidade em situação de violência, o profissional de saúde deve realizar o acolhimento com a escuta qualificada, avaliar sinais/indícios de violência. Se não houver, deve-se manter o cuidado integral e informar sobre as atividades coletivas e individuais ofertadas pela unidade de saúde/AB com a equipe multiprofissional. Caso haja, deve realizar o atendimento independentemente da realização de boletim de ocorrência; definir o tipo de violência; preencher ficha de notificação de violência; identificar situações de vulnerabilidade presentes no caso e garantir a continuidade do cuidado em outros serviços por meio do encaminhamento qualificado; acionar Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e da Juventude em situações de violência envolvendo menores de 18 anos.

É importante avaliar se há risco de vida para as(os) envolvidas(os) na situação de violência. Não se deve: realizar avaliação global (Identificar vulnerabilidade, sinais de alerta, frequência da violência, risco de vida, possibilidade de violência entre parceiros íntimos) e planos de cuidados (Dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas). Mas deve-se: construir, junto com a mulher em situação de violência, plano de segurança; monitorar a situação de saúde da mulher, agendando novo atendimento na unidade e respeitando caso ela não queira retornar; realizar avaliação global e planos de cuidados.

Na presença de sinais/indícios de violência sexual, deve-se realizar avaliação global e planos de cuidados e ação interespecialidades médicas quando necessário; avaliar necessidade de profilaxia antitetânica; promover encaminhamento monitorado a serviço de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual disponível na rede do SUS. Sendo comprovada a violência sexual, deve-se realizar exames complementares.

Todo o intercurso ocorreu sem uso de preservativo? Se não: não realizar quimioprofilaxia e anticoncepção de emergência e dar continuidade ao plano de cuidados. Se sim: realizar quimioprofilaxia; realizar anticoncepção de emergência, exceto em mulheres que fazem uso de método anticoncepcional de alta eficácia; realizar planejamento reprodutivo.

Se violência sexual, a exposição ao agressor é contínua? Se não: realizar quimioprofilaxia; realizar exames complementares; monitorar a situação de saúde da mulher, agendando novo atendimento na unidade e respeitando caso ela não queira retornar; realizar avaliação global e planos de cuidados. Se sim: Não realizar quimioprofilaxia; Realizar exames complementares.

## **Fluxo Município Rio de Janeiro**

Quando a mulher chega à unidade em situação de violência, o profissional deve realizar o acolhimento, recebendo a mulher de forma empática e respeitosa; acompanhar o caso e proceder aos encaminhamentos necessários, desde a sua entrada no setor de saúde até o seguimento para a rede de cuidados e de proteção social; adotar atitudes positivas e de proteção à criança ou a adolescente; e atuar de forma conjunta com toda a equipe.

Durante o atendimento, o profissional deve realizar a anamnese, o exame físico, o planejamento da conduta para cada caso e a notificação.

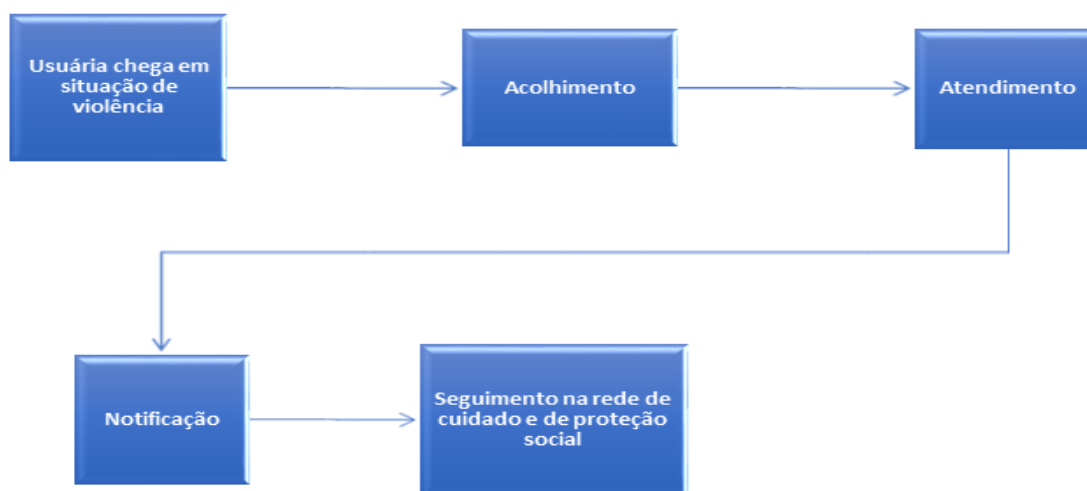
O planejamento da conduta é de acordo com o caso, como dito anteriormente. Em caso de violência sexual: realizar tratamento profilático de IST e AIDS; realizar testes rápidos e contracepção de emergência; vacinar contra hepatite B, se indicado; encaminhar para a maternidade, via vaga zero, em caso de sangramento ou lesões graves e gestantes para a profilaxia do HIV/AIDS (caso não tenha a medicação na unidade/CAP); avaliar possibilidade de aborto legal em gestações decorrentes de violência sexual; realizar orientações sobre o direito da mulher; realizar notificação; avaliar necessidade de medidas legais e protetivas. Violência física, psicológica ou negligência: acompanhar o caso pela equipe de saúde da família; acionar o NASF, se necessário; avaliar a existência de lesões graves e necessidade de encaminhamento via vaga zero; encaminhar para a reabilitação em caso de sequelas físicas; encaminhar ao CAPS em caso de sofrimento psíquico grave, prejuízo psicossocial significativos; realizar notificação; avaliar risco de suicídio; avaliar necessidade de serviços da assistência social à mulher.

Em relação à notificação, o profissional deve preencher todos os campos corretamente; encaminhar a ficha ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); se necessário, comunicar caso ao Conselho Tutelar da forma mais ágil possível (telefone ou pessoalmente ou com uma via da ficha de notificação); anexar cópia da ficha ao prontuário/boletim do paciente; acionar o Ministério Público quando necessário, especialmente no caso de interrupção de gravidez em decorrência de violência sexual.

Após o atendimento, a equipe deve dar continuidade na rede de cuidado e de proteção social acompanhando com planejamento individualizado para cada caso; acionar a rede de cuidado e de proteção social existente no território, de acordo com as necessidades de cuidado

e proteção, tanto na própria rede de saúde (atenção primária/equipes de S, hospitais, unidades de urgências, Caps ou Capsi, CTA, SAE), quanto na rede de proteção social e defesa (Cras, Creas, Escolas, MP, CT e as Varas da Infância e da Juventude, entre outros).

Figura 1. Fluxograma de atendimento às pessoas em situação de violência no município do RJ.



Fonte: Fluxo para atendimento às pessoas em situação de violência no Município do Rio de Janeiro, 2019.

### 1.7 Questão Norteadora

Após algumas tentativas visando elaborar algo consistente do ponto de vista acadêmico, considerando que o objeto deste estudo constitui “o atendimento na APS a mulheres em situação de violência”, nos deparamos com a seguinte questão de pesquisa: “Quais são os desafios envolvendo o atendimento a mulheres em situação de violência na APS?”

### 1.8 Objetivo geral

Mapear na literatura, a partir de 2006, os conhecimentos, atitudes e práticas profissionais na APS que envolvem o atendimento a mulheres em situação de violência.

### 1.9 Objetivo específico

Identificar na literatura, a partir de 2006, o conhecimento e prática dos profissionais da APS sobre mulheres em situação de violência;

Identificar na literatura, a partir de 2006, o conhecimento dos profissionais da APS sobre o itinerário terapêutico de mulheres em situação de violência.

## 2. JUSTIFICATIVA

A escolha do tema se deu a partir da percepção do aumento dos casos de violência contra a mulher durante o curso da residência. Além disso, percebeu-se um aumento de casos durante a pandemia. Por outro lado, profissionais da saúde demonstram dificuldade no momento do atendimento a essas mulheres, pois muitos têm dúvidas sobre o fluxo a ser seguido e como abordá-las. (D'OLIVEIRA et. al, 2009).

Mesmo com o passar dos anos, a ausência de um atendimento integral à mulher ainda é realidade. Essas mulheres ainda são atendidas por profissionais despreparados, sem treinamento adequado para tal. Quando a mulher vem com a demanda oculta, muitos profissionais ainda sentem receio de abordar sobre o assunto/suspeita, tratando apenas a clínica aparente (lesões, contusões, entre outros) e acabam contribuindo para a permanência do ciclo de violência. (SOUZA E CINTRA, 2018).

Segundo estudo realizado por Silva et. al (2012 p. 7), cinco pacientes relataram que conversaram com profissionais de saúde sobre a violência sofrida e entre elas apenas três receberam algum tipo de ajuda. Muitas esperam ser abordadas pelo profissional sobre violência para ter coragem de pedir ajuda, mas nem sempre ocorre ou não é de forma clara. É de suma importância que o profissional realize uma abordagem clara e de forma adequada em um atendimento humanizado, protegendo a dignidade da mulher, respeitando os princípios, o sigilo do atendimento e a privacidade para não expor a usuária, oferecendo, com isso, um ambiente acolhedor com escuta qualificada, respeito, livre de preconceitos e julgamentos para não causar um maior desgaste e desconforto para a mulher em situação de violência. É preciso estar preparado e atualizado para esses atendimentos e assim fornecer um atendimento ético, traçando um plano de cuidado longitudinal e íntegro, fazendo diferença na vida da mulher. (SILVA et. al, 2012).

### 3. METODOLOGIA

O presente estudo usará como metodologia uma Revisão Integrativa. Para o desenvolvimento do estudo será usada como diretriz as etapas propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010).

Os autores recomendam seis etapas para a elaboração da revisão:

- 1) definição da pergunta de pesquisa,
- 2) busca dos estudos e definição dos critérios de inclusão e exclusão,
- 3) extração das informações e categorização dos estudos,
- 4) avaliação dos estudos da amostra,
- 5) análise dos resultados e
- 6) apresentação da revisão com a síntese dos estudos

A seguinte questão norteou a busca na produção científica: “Quais são os desafios envolvendo o atendimento a mulheres em situação de violência na APS?”

Os descritores de assunto (DECS) utilizados para a busca de artigos, de acordo com a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) sobre o atendimento de mulheres em situação de violência serão: Violência de gênero; Violência baseada em gênero; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; itinerário terapêutico e Educação Continuada.

Para a localização e seleção dos estudos foram realizadas buscas eletrônicas de literatura entre os meses de novembro de 2021 e janeiro de 2022, utilizando as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), bases escolhidas por conter referências sobre pesquisas da área de saúde.

A partir do conjunto de produções identificadas e com a finalidade de atingir os objetivos estabelecidos, foram aplicados como critérios de inclusão, para uma análise sistematizada: produções na forma de artigos científicos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola a partir do ano de 2006, voltados para a realidade brasileira e que abordassem o atendimento e/ou acompanhamento de mulheres em situação de violência. Os critérios de inclusão foram aplicados ao resumo do artigo. Foram utilizados como critérios de exclusão os artigos publicados anteriormente ao ano de 2006, artigos incompletos, que não se adequavam à temática e os textos que não estavam em formato de artigo. Consideramos como o ano de corte o ano de 2006, por ser o ano em que a Lei Maria da Penha foi sancionada em 07 de agosto, sendo um grande marco na luta contra a violência de gênero.

Na perspectiva de sumarizar e organizar as informações, utilizou-se um instrumento apoiado em Souza et al (2010) e Polit e Beck (2011), para registros de informações que identifica a publicação com título, nome do periódico, ano de publicação, autores, área de publicação, juntamente com os objetivos e ação profissional focalizada. Os dados serão analisados a partir de categorias analíticas e discutidos segundo os objetivos da revisão integrativa.

#### 4. RESULTADOS

Foi realizada a busca com 06 descritores usando os operadores AND e OR, iniciando com um descritor e finalizando a busca em sexteto respeitando os critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente totalizando 11 quadros (anexo A).

Por não ter obtido resultados nos quadros 10 e 11 após as buscas, foi realizada a análise dos artigos obtidos no Quadro 09.

De acordo com o Quadro 09, foram obtidos 1.586 artigos no total. Após a leitura dos resumos, 08 se adequaram à temática. Sendo 03 em português, 03 em inglês e 02 em espanhol entre os anos de 2008 a 2021.

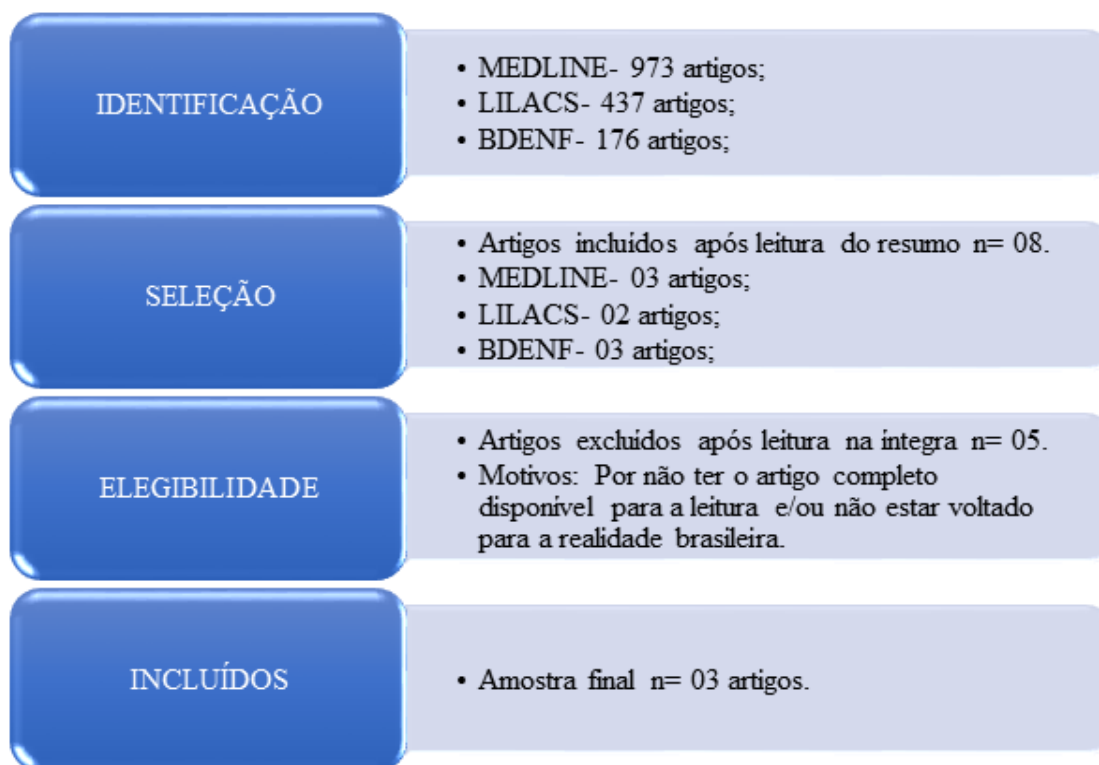
Após a leitura completa dos artigos, foram excluídos 05 artigos devido aos critérios de exclusão por não ter o artigo completo disponível para leitura e/ou por não estar voltado para a realidade brasileira.

Foram selecionados 03 artigos em português. A análise destes 03 artigos ocorreu mediante um instrumento de sistematização contendo os seguintes aspectos: identificação do artigo (Título, ano de publicação, periódico, área de publicação); área de publicação e ação profissional focalizada.

Em relação ao ano de publicação verificou-se que os artigos foram publicados entre os anos de 2017 e 2021 em revistas científicas do Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país, cujos autores foram identificados como enfermeiros em 100% dos artigos.

A respeito do delineamento metodológico utilizado nos estudos, identificaram-se os seguintes métodos: pesquisa qualitativa baseada na *Grounded Theory*, estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa e um estudo qualitativo.

Quanto ao foco central, os estudos foram agrupados em categorias: educação continuada, dificuldade dos profissionais em identificar/manejar as situações de violências e ação profissional.

**Figura 2:** Fluxograma da sistematização da busca nas bases de dados

Fonte: Autora (2022).

**Quadro 1:** Descrição dos dados dos artigos: título, autores (a), ano da publicação, periódicos e bases de dados, área de publicação e ação profissional focalizada.

TÍTULO	AUTORES (A)	ANO DA PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO/ BASE DE DADOS	ÁREA DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	AÇÃO PROFISSIONAL FOCALIZADA
Violência por parceiro íntimo em região de tríplex fronteira.	SILVA, Gabriela Kauana et al	2021	REME rev. min. enfermagem / LILACS, BDEFN	Saúde da Família, Saúde da Mulher, Atenção Primária à Saúde.	Analisar a prevalência da violência por parceiro íntimo contra mulheres e seus fatores associados.	Estabelecer ações de educação continuada para profissionais da APS ou ESF.
Atuação dos enfermeiros	SILVA, Neuzileny	2017	Enferm. foco (Brasília) /	Atenção Primária à	Identificar como os	É necessário pensar na

da atenção básica a mulheres em situação de violência.	Nery Ferreira et al		BDENF, LILACS	Saúde, Saúde da Mulher, Educação Continuada.	enfermeiros da atenção básica atuam diante dos casos de mulheres em situação de violência, em um município no Pará.	ampliação de práticas educativas, bem como reformular ações, aprofundando o conhecimento na promoção da qualificação da equipe,
Contexto da violência conjugal em tempos de Maria da Penha: um estudo em <i>grounded theory</i> .	CARNEIRO, Jordana Brock et al	2019	Cogit. Enferm. (Online) / LILACS, BDENF	Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde.	Desvelar o contexto da violência conjugal experienciada por mulheres em processo judicial.	Sugerem práticas educativas dos profissionais de saúde para homens e mulheres, fazendo com que os homens reconheçam o caráter criminoso e as mulheres se empoderem.

Fonte: Autora (2022)

## 5. DISCUSSÃO

A análise dos conteúdos dos artigos selecionados teve por propósito a identificação de ações desenvolvidas pelos profissionais, com destaque para o profissional enfermeiro, visando identificar a prática dos profissionais da APS sobre mulheres em situação de violência e o conhecimento dos profissionais da APS sobre o itinerário terapêutico dessas mulheres. A ideia inicial era mapear a APS no geral, com o foco no atendimento de todos os profissionais, mas as literaturas encontradas eram voltadas para a atuação da enfermagem. Dos artigos analisados, 01 focalizava na ação profissional. Os demais foram categorizados por frequência de citação nos estudos e posteriormente agrupados em 4 categorias, dada a aproximação da ação profissional apontada nos textos dos artigos analisados.

Na perspectiva de sumarizar os achados será exposta uma discussão breve sobre cada grupo categorizado:

### **Dificuldades na Identificação e Abordagem às mulheres vítimas de violência Doméstica**

A APS é a principal porta de entrada do SUS e comunica com toda a rede de atenção à saúde. A APS tem a capacidade de responder às necessidades de saúde do cidadão com melhoria contínua e renovação, ofertando atenção integral. Apesar dos atributos essenciais de longitudinalidade, integralidade e coordenação, e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural, de acordo com o estudo de Silva, et al. (2017), os enfermeiros ainda demonstram dificuldade no reconhecimento da vítima quando as marcas da violência não estão visíveis no corpo.

Ainda de acordo com o estudo supramencionado, existe uma invisibilidade da violência uma vez que a mulher não consegue ou não sente abertura para contextualizar a violência, chegando no serviço com demandas transversais à violência, quanto dos profissionais de saúde que não investigam a possibilidade de violência.

A expressão da violência física tem maior destaque, seguida pela moral e pela psicológica. Além disso, há uma forte influência da prática biomédica voltada para a doença, inibindo a compreensão das necessidades das mulheres vitimadas. No momento em que o profissional de saúde tem um olhar mínimo do paciente, ele esquece da totalidade, fazendo com que não se desenvolva um vínculo e sim uma diferença hierárquica de “enfermeiro versus paciente”. (AMARIJO, et al., 2018)

De acordo com os profissionais entrevistados no estudo de Silva et al. (2017), os mesmos não se sentem capacitados/preparados para os atendimentos a essas mulheres.

Carneiro, et al. (2019) corrobora descrevendo a atitude profissional como um “caráter velado” e afirma que o contexto de violência requer interesse e sensibilidade profissional no sentido de investigar a relação familiar e conjugal, tanto para afastar a suspeita de violência doméstica, quanto para identificação dos casos de violência.

A mulher vítima de violência deve ter o atendimento priorizado, com garantia de privacidade no atendimento e estabelecimento de relação de confiança e respeito. (DUNCAN, 2013). Recomenda-se focar no acolhimento com resposta positiva capaz de minorar danos e sofrimentos às pessoas em situação de violência. Para isso, são importantes a escuta qualificada e a atenção a comunicações verbais e não verbais para, somente depois, realizar preenchimento de fichas e prontuários. O profissional deve desenvolver atitude compreensiva, evitando julgamento e crítica. No entanto, quando do manejo de determinadas demandas aparentemente clínicas, o profissional deve estar atento aos sinais de alerta de violência (explicação inconsistente de traumatismo ou atraso na busca de atendimento, queixas como dor abdominal crônica, cefaleia, fadiga e falta de adesão ao tratamento) e realizar uma abordagem clínica centrado na pessoa, de forma empática ética e sigilosa. (DUNCAN, 2013).

De fato, é necessária formação em saúde para o reconhecimento e competências mínimas para a condução desses casos, sendo os profissionais de enfermagem fundamentais não só para a identificação dos casos e elaboração de rede de apoio para o enfrentamento da problemática, mas também para realizar educação continuada com os profissionais agentes comunitários de saúde para reconhecimento de potenciais casos de violência no território adscrito. Segundo Carneiro, et al. (2021) todas as oportunidades de contato com a mulher são de extrema importância para constituição de vínculo e estabelecimento da confiança.

### **Prevalência da Violência**

Os achados no estudo de Silva, et al., 2021, reiteram a relevância da violência por parceiro íntimo (VPI) como um problema de saúde pública, e de fato revela a elevada prevalência de violências perpetradas nos ciclos de vida das usuárias da ESF do município de Foz do Iguaçu/PR. A pesquisa foi realizada em âmbito local em que a prevalência e fatores associados à VPI foram investigados *in loco* nos serviços de saúde, uma vez que a maioria dos estudos é feita pelo levantamento de fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No entanto, o estudo, através de pesquisa de campo, também conseguiu acessar mulheres que não chegaram a realizar denúncias das agressões sofridas, em especial sobre a violência psicológica. O estudo realizou 565 entrevistas, e apontou maior prevalência de

violência psicológica, com 51,3% dos casos, seguida da física e sexual, respectivamente 36,5% e 22,8%.

Os dados quantitativos acima são corroborados qualitativamente pelo estudo de Carneiro, et al. (2019), que aponta o “contexto” da violência experienciada na conjugalidade feminina por meio das seguintes expressões: patrimonial, psicológica, moral, sexual e física.

O estudo em suas entrevistas sinaliza a vivência de violência patrimonial, expressa através da subtração de bens e documentos pessoais e da privação de recursos que atendessem às necessidades das mulheres, como de alimentação e proteção, sendo relatadas situações de expulsão da própria casa. O estudo aponta também que as mulheres revelaram um contexto conjugal permeado pela vivência de violência psicológica, e ilustram com as seguintes subcategorias ilustrativas: ameaça, controle, humilhação e constrangimento.

Descreve ainda a violência moral, evidenciada por injúrias e difamação; violência sexual evidenciada pelo estupro marital e violência física, apontando para um histórico de relacionamento conjugal marcado pela vivência de agressões físicas, como empurrões, tapas, murros e chutes, inclusive no período gestacional.

Cabe ressaltar que todas as formas de violência evidenciadas pelos estudos, podem gerar inúmeras consequências, afetando de maneira significativa a autoimagem e a autoestima das vítimas, sendo capaz de desencadear processos de adoecimento psíquico, sendo a depressão o mais comum e traumas físicos. E todas as formas descritas podem culminar no feminicídio.

Nesse sentido, cabe destacar a importância da política social de abrigamento de mulheres em situação de violência baseada em gênero, prevista no artigo 35, inciso II, da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) e na Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (SNPM, 2011). Por política social de abrigamento, compreende-se um arranjo de serviços, programas e benefícios voltados ao acolhimento provisório de mulheres em contexto de violências domésticas ou urbanas, permeadas por fatores indicativos de risco grave ou extremo de morte. Conforme definido pela Secretaria Nacional de Política para as Mulheres (SMPM), o abrigamento enquanto política social de assistência

[...] não se refere somente aos serviços propriamente ditos [de] albergues, casas-abrigo, casas-de-passagem, casas de acolhimento provisório de curta duração [...], mas também inclui outras medidas de acolhimento que podem constituir-se em programas e benefícios [...] que assegurem o bem-estar físico, psicológico e social das mulheres em situação de violência, assim como sua segurança pessoal e familiar (SNPM, 2011, p. 15).

No contexto da violência de gênero é imprescindível a política social de abrigamento de mulheres, inclusive para prevenção ao feminicídio. Cabe destacar que desde o golpe político de 2016 as questões de gênero assumem um papel secundário na ordem de incorporação de prioridades das políticas sociais pelo Estado brasileiro e isso impacta totalmente na abordagem realizada pelo profissional de saúde na ESF.

### **Fatores de Risco para a Violência**

De acordo com Silva, et al. (2017), no que diz respeito aos fatores de risco para a violência, a faixa etária mais acometida pela violência foi a reprodutiva, o que se coloca em conformidade com o cenário nacional e internacional. Uma vez que esse é o ciclo da vida mais atingido, se faz fundamental a atenção do profissional que atua na ESF, em consultas que dizem respeito às linhas de cuidado que abrangem esse grupo populacional.

O baixo poder aquisitivo e a raça negra (no estudo evidenciado pela autodeclaração parda) foram fatores de risco para a violência física, podendo mulheres com essa característica ter até 16 vezes mais chances de sofrer com esse agravo. Os autores apontam que as particularidades constituintes deste perfil estão apoiadas nas profundas desigualdades raciais e de classe e refletem a violação de direitos humanos fundamentais, o que aumenta a vulnerabilidade dessas mulheres. (SILVA et al., 2017).

O presente estudo parte da premissa que um sujeito dissociado dos meios de produção economicamente reconhecidos e, portanto, não produtor, alheio ao capital, é um sujeito em grande vulnerabilidade social. E no caso das mulheres em situação de violência, esta circunstância se torna agravada porque a torna dependente de outro sujeito para a própria sobrevivência, o qual, na maioria das vezes, é o agressor. O estado brasileiro reconheceu essa vulnerabilidade e a violência que dela resulta com a Lei Maria da Penha, porém não buscou alcançar cenários outros que deixassem de promover e perpetuar violências no ambiente doméstico: violências estruturais e estruturantes das relações sociais com bases patriarcais e racistas.

Para analisar os dados que dizem respeito a raça, entende-se que é preciso compreender algumas premissas fundamentais para o debate. Maria Lugones, no artigo “Rumo a um feminismo descolonial” (2014, p. 936), afirma que a “imposição colonial do gênero atravessa questões sobre ecologia, economia, governo, relaciona-se ao mundo espiritual e ao conhecimento”. Segundo a autora, a própria empreitada colonial foi levada a cabo através das categorias sexo e gênero e pode ser traduzida no projeto “civilizatório” europeu de transformar as “bestas”, racialmente marcadas, encontradas aqui nas Américas,

em não homens e não mulheres. A dicotomia central da modernidade, na visão de Lugones, é humano e não humano, e essa dicotomia se realiza a partir da atribuição de gêneros aos humanos. Apenas os colonizadores tinham gênero e eram homens e mulheres, com todas as hierarquias conhecidas nessa dicotomia. Aos colonizados, negava-se um gênero e atribuía-se o sexo macho ou fêmea, em uma operação epistêmica que permitiu o que poderia ser chamado de “feminização do sujeito colonizado”. Isso pode também ser lido como “acesso brutal aos corpos das pessoas através de uma exploração inimaginável, violação sexual, controle da reprodução e terror sistemático” (LUGONES, 2014, p. 938).

Cabe atentar que as violências contra as mulheres negras, também, são síntese do modo como representações específicas do corpo da mulher negra funcionam para autorizar as agressões no âmbito doméstico:

São representações que orientam posturas e práticas violentas contra as mulheres pretas e pardas por parte dos seus companheiros, e que abrangem: constante fiscalização da sua sexualidade, na medida em que são consideradas hipersexualizadas; a negação da sua sexualidade, uma vez que os seus atributos estéticos estão distantes daqueles atribuídos às mulheres brancas, tomados como padrão de beleza; a violência sexual, como forma de humilhação e/ou pela desconsideração de sua humanidade; as humilhações degradantes, com ou sem a presença do insulto racial, ancoradas na percepção do seu status socialmente subalterno; a exploração econômica dos recursos obtidos pelo seu trabalho remunerado, com base na imagem de que são trabalhadoras incansáveis e que o mero fato de relacionar-se com elas constitui, por si só, um favor que deve ser retribuído; a exploração do seu trabalho no âmbito doméstico, com base na imagem de que são naturalmente cuidadoras; a agressão física brutal, que parte do pressuposto de sua força física avantajada. (ALMEIDA; PEREIRA, 2012, p. 58-59).

Cabe ainda ressaltar que o itinerário terapêutico de mulheres negras vítimas de violência pode se tornar dificultado também por essas representações sociais envolvendo estereótipos e generalizações étnico-raciais sobre a usuária, desencadeando uma lógica de racismo institucional. Por isso, cabe ao profissional de saúde um encontro clínico que se concretize por meio de uma relação profissional de saúde-usuária centrada na pessoa, isenta de discriminação étnico-racial e culturalmente pertinente conforme preconiza a Política nacional de Saúde integral da população negra — PNSIPN. (BRASIL, 2009).

## **Itinerário Terapêutico**

Dos estudos selecionados, os 03 artigos fizeram menção ao itinerário terapêutico de mulheres em situação de violência mas não aprofundaram a discussão ou especificaram qual era o itinerário.

Silva et al. (2017) descreve a dificuldade dos profissionais no acolhimento a essa parcela da população como descreveu-se na primeira categoria. Também identifica ausência de notificação dos casos que envolvem violência, por parte dos profissionais enfermeiros, revelando o desconhecimento da legislação, alguns enfermeiros apontaram que a ficha de notificação não estava disponível na unidade e que só tinham visto a ficha em livros. Outro ponto que o estudo destaca é que os encaminhamentos são realizados, em alguma medida, como transferência de responsabilidade. Ao não saber manejar os casos de violência os profissionais buscam suporte de profissionais psicólogos e assistentes sociais.

No estudo de Silva et al. (2021), encontra-se superficialmente mencionado o desconhecimento, principalmente de profissionais enfermeiros, acerca dos fluxos da rede de seu município.

De acordo com Czeresnia (2009), a preocupação com os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados em saúde-doença tem sido considerada elemento importante na compreensão positiva da saúde, uma vez que esses não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Além disso, o itinerário pode subsidiar processos de organização, planejamento e gestão de serviços de saúde, na construção de práticas cuidadoras compreensivas e contextualmente integradas. (CABRAL et al., 2011).

A partir dessa perspectiva, abordar o itinerário terapêutico remete ao cuidado à saúde promovido, e não apenas aos cuidados médicos/terapêuticos à saúde. Abordar o sistema de cuidados pode avançar a concepção positiva de saúde. Isso porque passam a considerar como elementos primordiais a experiência da usuária em seu processo, em consonância com os distintos contextos socioculturais de vida, na avaliação, no planejamento, na organização e na gestão efetivos de serviços de atenção integral à saúde.

No que diz respeito às mulheres em situação de violência, cabe mencionar que as perguntas para identificação da violência só devem ser adotadas quando e se o profissional tiver ciência de quais condutas adotar nas situações de violência para evitar revitimização,

tanto no que concerne ao pronto-acolhimento das necessidades de saúde do usuário(a) atendido(a) quanto no conhecimento da articulação intersetorial necessária para a produção do cuidado em saúde em cada caso. É importante que sejam descritos em prontuário os dados completos sobre as circunstâncias da situação de violência, colhidos em entrevista e no exame físico (com registro e classificação de todas as lesões identificadas). O profissional deve estar sensível à dificuldade da pessoa em conseguir se expressar verbalmente, o que significa escutar, acolher e observar as expressões da pessoa.

A abordagem à mulher em situação de violência pode ser realizada pelos diversos membros da equipe de saúde da família. Coelho (2015) destaca que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem ser importantes aliados na prevenção de violência e promoção da cultura da paz, pois o acompanhamento domiciliar dos casais, famílias ou vizinhos conflituosos pode ser uma importante estratégia de formação de vínculo e redução de danos. Ainda, sugere-se a discussão do caso e o uso de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumentos de intervenção que favoreçam o trabalho em equipes em situação de violência, além do uso do Genograma e do Mapa de Redes. O PTS pode ser o instrumento que reunirá informações estratégicas para uma melhor intervenção junto às famílias. Os dados da família, recolhidos através dos instrumentos, permitem diálogos interdisciplinares, fundamentais para qualquer intervenção, principalmente para a distribuição do acolhimento e responsabilidade pelo cuidado da família em situação de violência. O Genograma constitui uma espécie de “radiografia da história relacional da família”, em termos de vínculo afetivo, através das gerações; e o Mapa de rede uma “radiografia das redes pessoais significativas e redes institucionais” constituídas ou configuradas em torno da família.

No que diz respeito à notificação da violência na Atenção Básica, tal notificação para vigilância sanitária é compulsória e deve ser feita por meio do preenchimento da ficha disponível no Sistema de Informação de Agravos e Notificação — SINAN. (BRASIL, 2022).

Além disso, os profissionais precisam conhecer a rede intrasetorial de seu município para garantir o encaminhamento adequado para outros serviços e unidades das redes: Serviços da Atenção Básica — Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Ambulatórios Especializados, Policlínicas, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa

da Mulher Brasileira, entre outros. Pelo fato de a Atenção Básica estar nos territórios, mais próxima do cotidiano das pessoas, ela tem papel importante na identificação de situações de violência, tanto para conduzir as primeiras abordagens realizadas com as pessoas em situação de violência quanto na promoção do cuidado e do acesso a informações sobre serviços da rede que possam apoiá-las. Neste sentido, a atenção básica, como ordenadora da rede de atenção à saúde, tem muito a oferecer no que diz respeito à prevenção, à promoção à saúde/cultura da paz e à assistência integral de pessoas em situação de violência. (COELHO, 2015).

## 6. CONCLUSÃO

Embora significados de gênero estejam em constantes disputas performativas, é importante que essas nuances adentrem nos aparelhos de saúde e estimulem a apreensão por parte dos profissionais de saúde, os quais passarão a acionar a linguagem de gênero de acordo com seus reiterados estados de inteligibilidade advindos da posição de sujeito social e da vivência profissional que ocupam no cenário da saúde. Entender as questões de gênero possibilita o entendimento dos mecanismos de violência patriarcal e racial, aumentando a caixa de ferramenta profissional nessas situações de saúde.

A partir dos estudos incluídos na presente revisão evidenciou-se deficiência nas habilidades e competências dos profissionais enfermeiros, no manejo de casos de violência e a dificuldade em propor condutas e acionar dispositivos da rede de atenção à saúde.

Cabe ressaltar que a atenção básica, como ordenadora da rede de atenção à saúde, tem muito a oferecer no que diz respeito à prevenção, à promoção à saúde/cultura da paz e à assistência integral de pessoas em situação de violência. Contribuindo para que as pessoas compreendam o processo de violência em que vivem, e analisem os possíveis caminhos para o enfrentamento e a resolução da situação de violência vivenciada, para então tomar a decisão que lhe seja mais adequada.

A deficiência na formação profissional provoca emblemáticas situações por falta de capacitação profissional e impossibilitando o profissional de ter maior autonomia na sua área de atuação. O manejo de situações de violência contra a mulher vai além da aplicação de protocolos. No entanto, o entendimento desses processos e dispositivos de assistência é fundamental para uma resposta adequada a situações de saúde. A análise dos resultados permite afirmar a importância da inserção de capacitação profissional nas instituições formativas e nas unidades de saúde.

Por outro lado, teóricas, estudantes e militantes precisam investir mais na produção de dados desagregados por raça e classe das vítimas, para saber das discrepâncias e deficiências das políticas públicas, bem como subsidiar ações profissionais que focalizem esses grupos mais vulnerabilizados socialmente.

## REFERÊNCIAS

1. ACOSTA, Daniele Ferreira *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto — Enfermagem** [online]. 2017, v. 26, n. 3. Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017006770015>>. Acesso em: 10 mai. 2021.
2. ACOSTA, Daniele Ferreira *et al.* Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2018, v. 39. Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>>. Acesso em: 10 mai. 2021.
3. AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?**. São Paulo: Jandaíra, 2019. 152 p.
4. ALMEIDA, Tania Mara Campos; PEREIRA, Bruna Cristina Jaquetto. Violência doméstica e familiar contra mulheres pretas e pardas no Brasil: reflexão pela ótica dos estudos feministas latino-americanos. *Crítica e Sociedade: Revista de Cultura Política. Dossiê Cultura e Política*, v. 2, n. 2, p. 58-59, dez. 2012.
5. ALVES, Paulo César.; SOUZA Iara Maria. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999. p. 125-38.
6. AMARIJO, Cristiane Lopes et al. Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, p. e33874, nov. 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/33874>>. Acesso em: 16 mar. 2021.
7. BENEVIDES, BG; NOGUEIRA, S. N (Org). ANTRA. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: Expressão Popular; ANTRA; IBTE, 2021. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>>.

8. BONETTI, Alinne de Lima; PINHEIRO, Luana; FERREIRA, Pedro. A segurança pública no atendimento às mulheres: uma análise a partir do Ligue 180. In: SARDENBERG, C.M.B., and TAVARES, M.S. comps. **Violência de gênero contra mulheres**: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 145-185. Bahianas collection, vol. 19. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/q7h4k/pdf/sardenberg-9788523220167-07.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2021.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)>. Acesso em: 9 fev. 2021.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: Plano Operativo. Brasília — DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_populacao\\_negra\\_plano\\_operativo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2020.
11. BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 11.340, de 06 de agosto de 2006. **Diário Oficial**, 08 de agosto de 2006, ano 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em: 15 jan. 2021.
12. BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 14.188, de 27 de julho de 2021. **Diário Oficial da União**, 28 de julho de 2021. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2021.
13. BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada — IPEA. **Atlas da violência**. — Brasília. p.34. Ipea, 2020. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>> Acesso em: 06/06/2021.
14. BRASIL, Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada — IPEA. **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil** / organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes et al. Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_dossie\\_mulheres\\_negras.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dossie_mulheres_negras.pdf)> Acesso em: 06/06/2021.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** – Brasília. p. 16-17,19. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)> Acesso em: 06/06/2021.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. p. 225. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)> Acesso em: 06/06/2021.
17. CARNEIRO, Jordana Brock *et al.* Contexto da violência conjugal em tempos de maria da penha: um estudo em grounded theory. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 24, e59431, 2019. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-85362019000100327](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100327)>. Acesso em: 15 jan. 2022.
18. CARNEIRO, Jordana Brock *et al.* **Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal.** Escola Anna Nery [online]. 2021, v. 25, n. 5, e20210020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0020>>. Epub 18 Ago 2021. Acesso em: 16 dez. 2021.
19. CAVALCANTI, Gisélia de Moura Bezerra *et al.* **A violência contra a mulher no Sistema Único de Saúde.** . **Rev Fun Care Online**, v.12, Rio de Janeiro, jan/dez, UNIRIO, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7148>. p. 146-154. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7148/pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2021.
20. CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública.** 1999, v. 15, n. 4, pp. 701-709. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/yzwJKvBC4HZMPnKycN7VN8m/?lang=en#>>. Acesso em: 9 jan. 2022.
21. CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Minas Gerais, 2011, v. 16, n. 11, pp. 4433-4442. Disponível em:

- <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mYPwbjYDvwRb4ScPGDyyxkr/?lang=pt>>. Acesso em: 19 out. 2021.
22. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009, v. 14, n. 4, ago. Disponível em: <<<https://www.scielo.br/j/csc/a/SzQ96NCxv3hWNQ5TvBBSjTB/#>>. Acesso em: 22 abr. 2021.
23. DUNCAN, Bruce Bartholow *et al.* **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
24. GERHARDT, T. E., BURILLE, A, MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: GERHARDT, T. E., PINHEIRO, R., RUIZ, E. N. F., SILVA JR., A. G. da. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC Editora/IMS/UERJ/ABRASCO, 2016. p. 27-97.
25. LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 22, n. 03, p. 935-952, dez. 2014. Disponível em <[http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2014000300013&lng=pt&nrm=iso](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2014000300013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mar. 2021.
26. MEDEIROS, Mariana Pedrosa de; ZANELLO, Valeska. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 384-403, abr. 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812018000100021&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 out. 2021.
27. MORAIS, Bruna Lais Alcará de; GERK, Maria Auxiliadora de Souza; NUNES, Cristina Brandt. Enfermeira da estratégia de saúde da família: abordagem frente à mulher em situação de violência. **Revista Nursing**. São Paulo, 2018. Disponível em: <[http://www.revistanursing.com.br/revistas/240-Maio2018/violencia\\_domestica.pdf](http://www.revistanursing.com.br/revistas/240-Maio2018/violencia_domestica.pdf)>. Acesso em: 8 out. 2021.
28. RIO DE JANEIRO. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. **Fluxo para atendimento às pessoas em situação de violência no Município do Rio de Janeiro — S/SAP/CCV/GSM**. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: <[https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/CICLOS\\_VIDA/MULHER/fluxo\\_para\\_vitimas\\_de\\_violencia.pdf](https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/CICLOS_VIDA/MULHER/fluxo_para_vitimas_de_violencia.pdf)> Acesso em: 06/06/2021.

29. SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. **Linha de cuidado de atenção integral a saúde da pessoa em situação de violência**. Coordenação da Atenção Básica. — São Paulo. p. 62-68. Secretaria Municipal de Saúde, 2015.
30. SILVA, Gabriela Kauana *et al.* Violência por parceiro íntimo em região de tríplice fronteira. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, vol 25, e-1361, 2021. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622021000100207](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100207)>. Acesso em: 8 jan. 2022.
31. SILVA, Neuzileny Nery Ferreira *et al.* Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 8, n. 3, nov. 2017. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1290/403>>. Acesso em: 10 jan. 2021.
32. SILVA, Raquel de Aquino *et al.* Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Pernambuco, 2012, v. 46, n. 61014-1022. 022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/fB3N4CpSCKRSMHgyN3myDCN/?lang=pt#>>. Acesso em: 15 nov. 2021.
33. SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, 2018, 2018, v. 22, n. 66. pp. 789-800. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/6qJ6qSmHMpZD4ZP4qwX8NVy/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 22 set. 2021.
34. SOUZA, Angela Alves Correia de; CINTRA, Raquel Barbosa. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. **Revista Bioética**. Brasília/DF, 2018, v. 26, n. 1. pp. 77-86. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/mvjqnw36YLNTZDTSLWG35Lj/?lang=pt#>>. Acesso em: 28 out. 2021.

35. VIZA, Ben-Hur; SARTORI, Myrian Caldeira; ZANELLO, Valeska. (Orgs.) LEMOS, Amanda Kamanchek et al. **Maria da Penha vai à escola**: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. TJDFT. Brasília: TJDFT, 2017. 214 p. Disponível em: <<https://ovm.alesec.sc.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/E-Book-Maria-da-Penha-vai-a-escola.pdf>>.

## ANEXOS

### ANEXO A — Estratégia de Busca

**Quadro 01:** Busca de artigos com um descritor.

DESCRITOR	MEDLINE	LILACS	BDEF
VIOLÊNCIA DE GÊNERO	4.653	1.493	318
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	560	227	55
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	44.920	11.420	3.511
SAÚDE DA MULHER	52.966	8.725	3.676
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	05	135	72
EDUCAÇÃO CONTINUADA	13.045	2.236	704

Fonte: Autora (2022).

De acordo com a extensão de artigos encontrados, optou-se por fazer o cruzamento dos descritores em dupla.

**Quadro 02:** Busca de artigos com descritores em dupla e o operador AND.

DESCRITORES	MEDLINE	LILACS	BDEF
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	45	59	30
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND SAÚDE DA MULHER	822	468	202
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	0	0	0
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	01	05	01
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER	1.566	960	427
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	0	23	16
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	516	318	137
SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	0	17	12

SAÚDE DA MULHER AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	168	75	26
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	01	0
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	09	14	08
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	560	227	55
SAÚDE DA MULHER AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	130	96	38
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	0	0	0
EDUCAÇÃO CONTINUADA AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	01	01	0

Fonte: Autora (2022).

**Quadro 03:** Busca de artigos com descritores em dupla e o operador OR.

DESCRITORES	MEDLINE	LILACS	BDEF
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	526	400	167
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR SAÚDE DA MULHER	2.425	1.595	570
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	909	149	26
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	95	53	18
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER	1.591	967	430
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	6.408	547	161
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	544	355	146
SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	308.340	8.301	1.342
SAÚDE DA MULHER OR EDUCAÇÃO			

CONTINUADA	5.458	1.564	678
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	09	03
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	29	23	11
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	560	227	55
SAÚDE DA MULHER OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	1440	299	79
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	0	0	0
EDUCAÇÃO CONTINUADA OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	676	119	28

Fonte: Autora (2022).

Ainda assim, foi realizada a busca com o cruzamento dos três descritores.

**Quadro 04:** Busca de artigos com descritores em trio e o operador AND.

DESCRITORES	MEDLINE	LILACS	BDEF
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER	18	40	21
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	0	0	0
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	0	0	0
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND SAÚDE DA MULHER AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	01	02	01
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	0	04	04
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	08	16	07

SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO	0	0	0
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO	09	14	08
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER	06	10	05
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	0	0	0
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
SAÚDE DA MULHER AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO	131	96	38
SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	0	0	0
EDUCAÇÃO CONTINUADA AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	0	0	0
EDUCAÇÃO CONTINUADA AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND SAÚDE DA MULHER	01	01	0
EDUCAÇÃO CONTINUADA AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO	01	01	0
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND VIOLÊNCIA			

DE GÊNERO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	0	0	0
-------------------------------------------	---	---	---

Fonte: Autora (2022).

**Quadro 05:** Busca de artigos com descritores em trio e o operador OR.

DESCRITORES	MEDLINE	LILACS	BDENF
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER	69	133	70
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	16	08	03
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	09	07	05
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	673	123	24
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR SAÚDE DA MULHER OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	60	51	16
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	5.235	490	159
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	441	341	141
SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	5.458	1.564	678
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO	01	12	03
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO	15	14	08
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER	11	13	06
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR VIOLÊNCIA	40	27	11

BASEADA EM GÊNERO			
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	52	10	07
SAÚDE DA MULHER OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO	1.446	299	79
SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	1.446	299	79
EDUCAÇÃO CONTINUADA OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	679	119	28
EDUCAÇÃO CONTINUADA OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR SAÚDE DA MULHER	401	110	43
EDUCAÇÃO CONTINUADA OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO	679	119	28
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO	0	0	0

Fonte: Autora (2022).

Após, foi realizada a busca com o cruzamento dos quatro descritores.

**Quadro 06:** Busca de artigos com descritores em quarteto e o operador AND.

DESCRITORES	MEDLINE	LILACS	BDENF
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	0	0	0
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ATENÇÃO			

PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO	0	0	0
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	0	0	0
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	0	0	0
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	0	0	0
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER	06	10	05
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO	0	0	0
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0

Fonte: Autora (2022).

**Quadro 07:** Busca de artigos com descritores em quarteto e o operador OR.

DESCRITORES	MEDLINE	LILACS	BDENF
-------------	---------	--------	-------

VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	11	07	03
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	06	06	05
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	441	341	141
SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO	58.833	7.173	1.326
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	0	44	31
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	01	0	0
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	29	23	11
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER	11	13	06
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO	564	228	55
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	04	02	0

Fonte: Autora (2022).

Também foi realizada a busca com o cruzamento de cinco descritores.

**Quadro 08:** Busca de artigos com descritores em quinteto e o operador AND.

<b>DESCRITORES</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>LILACS</b>	<b>BDENF</b>
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	0	0	0
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
SAÚDE DA MULHER AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
EDUCAÇÃO CONTINUADA AND VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER	0	0	0

Fonte: Autora (2022).

**Quadro 09:** Busca de artigos com descritores em quinteto e o operador OR.

<b>DESCRITORES</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>LILACS</b>	<b>BDENF</b>
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	01	0	0
VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	441	341	141
SAÚDE DA MULHER OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	514	77	30
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0
EDUCAÇÃO CONTINUADA OR VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER	17	19	05

Fonte: Autora (2022).

Para finalizar, foi realizada a busca com o cruzamento dos seis descritores.

**Quadro 10:** Busca de artigos com descritores em sexteto e o operador AND.

<b>DESCRITORES</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>LILACS</b>	<b>BDENF</b>
VIOLÊNCIA DE GÊNERO AND VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO AND ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AND SAÚDE DA MULHER AND ITINERÁRIO TERAPÊUTICO AND EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0

Fonte: Autora (2022).

**Quadro 11:** Busca de artigos com descritores em sexteto e o operador OR.

<b>DESCRITORES</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>LILACS</b>	<b>BDENF</b>
VIOLÊNCIA DE GÊNERO OR VIOLÊNCIA BASEADA EM GÊNERO OR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER OR ITINERÁRIO TERAPÊUTICO OR EDUCAÇÃO CONTINUADA	0	0	0

Fonte: Autora (2022).