

Conflictos éticos y limitaciones de la atención médica a las mujeres víctimas de violencia de género

Angela Alves Correia de Souza¹, Raquel Barbosa Cintra²

Resumen

La violencia doméstica es el tipo de violencia más común contra la mujer y da lugar a secuelas en la esfera física, emocional, familiar y económica, constituyéndose en un problema de salud pública. Sin embargo, la cuestión es tratada de manera descuidada por parte de los profesionales de la salud, lo que contribuye a su invisibilidad. Basado en una revisión bibliográfica, este estudio tuvo como objetivo identificar las principales dificultades, incluyendo los conflictos éticos, encontradas por los médicos en el abordaje de pacientes víctimas de este tipo de violencia. Los obstáculos principales fueron agrupados en tres grandes ejes: cuestiones relacionadas con el profesional de la salud; estructura del sistema de salud; y aspectos de las víctimas de violencia. Se concluye que el mayor obstáculo adviene del propio profesional de salud e involucra factores que van desde la formación inadecuada hasta la presencia de conflictos morales y éticos que culminan en la culpabilización y la responsabilización de las víctimas por la situación de violencia en la que se encuentran.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Violencia doméstica. Personal de salud. Médicos. Género y salud. Salud Pública.

Resumo

Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero

Violência doméstica é o tipo mais comum de violência contra a mulher e resulta em sequelas nas esferas física, emocional, familiar e econômica, constituindo problema de saúde pública. Porém, a questão é tratada de maneira negligente pelos profissionais de saúde, o que contribui para sua invisibilidade. Baseado em revisão da literatura, este estudo objetivou identificar as principais dificuldades, incluindo conflitos éticos, encontradas pelos médicos na abordagem de pacientes vítimas desse tipo de violência. Os obstáculos elementares foram agrupados em três grandes eixos: questões relacionadas ao profissional de saúde; estrutura do sistema de saúde; e aspectos das vítimas de violência. Concluiu-se que o maior entrave advém do próprio profissional de saúde e envolve fatores que variam desde formação inadequada até a ocorrência de conflitos morais e éticos que culminam na culpabilização e responsabilização das vítimas pela situação de violência em que se encontram.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Pessoal de saúde. Médicos. Gênero e saúde. Saúde pública.

Abstract

Ethical conflicts and limitations of medical care for women victims of gender violence

Domestic violence is the most common type of violence against women, resulting in sequelae in the physical, emotional, family, and economic domains, constituting a public health problem. However, the issue is treated negligently by health professionals, which contributes to its invisibility. Based on a review of the literature, the objective of this study was to identify the main difficulties, including ethical conflicts, found by physicians in the approach to patients who are victims of this type of violence. The basic obstacles are grouped in 3 main axes: issues related to the health professional, to the structure of the health system and to the victims of violence. It is concluded that the greatest obstacle comes from the health professionals themselves, and involves factors ranging from inadequate training to the occurrence of moral and ethical conflicts that culminate in blaming and accountability of the victims for the situation of violence in which they were found.

Keywords: Violence against women. Domestic violence. Health personnel. Physicians. Gender and health. Public health.

1. **Graduanda** angela.aacs@yahoo.com.br – Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) 2. **Mestre** raquelcintra@gmail.com – UMC, Mogi das Cruzes/SP, Brasil.

Correspondência

Angela Alves Correia de Souza – Rua Monte Negro, 73, Jardim Santo Antônio CEP 06126-030. Osasco/SP, Brasil.

Declaran não haver conflito de interesse.

La desigualdad de género se perpetúa a lo largo de la historia y se refleja en los discursos jerárquicos masculinos sobre la mujer, que recaen particularmente sobre el cuerpo femenino¹. Se sabe que una de las más brutales exteriorizaciones de esa desigualdad es la violencia contra la mujer (VCM), que genera grandes repercusiones en su vida y, principalmente, en su salud². Teniendo en cuenta que la violencia es un acto de irrespeto a la dignidad humana, se trata de un tema sobre el que debe reflexionarse a la luz de los principios bioéticos³.

De acuerdo con la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*⁴, de la Organización de las Naciones Unidas, se define esta forma de violencia como *cualquier acto de violencia basada en el género que resulte, o pueda resultar, en sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada*⁵.

El tipo de violencia contra la mujer más común en el mundo es la violencia doméstica y familiar⁶⁻⁸. Según la Ley Maria da Penha⁹, se trata de cualquier acción u omisión basada en el género que cause muerte, lesión, sufrimiento físico, sexual o psicológico y daño moral o patrimonial en el ámbito familiar, doméstico (con o sin vínculo familiar), o cuando es perpetrada por un compañero íntimo. Según el estudio "WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women"¹⁰, realizado en diez países entre 2000 y 2003, entre el 15% y el 71% de las mujeres fueron víctimas de algún tipo de violencia física y/o sexual cometida por compañeros íntimos en algún período de su vida.

En las últimas tres décadas, la violencia contra la mujer ha sido gradualmente reconocida como un problema de salud pública por parte de la comunidad internacional^{4,6,10-12}. Según un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud¹³, la violencia tiene una gran repercusión sobre la salud, no sólo por su efecto directo sobre las víctimas, sino sobre los propios servicios de salud, exigiendo de parte del sector público y de los profesionales del área acciones que tiendan a minimizar sus consecuencias.

Las secuelas de la VCM alcanzan dimensiones significativas tanto en la esfera física como en la emocional, familiar y económica. Las mujeres en situación de violencia recurren a las unidades de salud con diversas quejas acerca de los padecimientos resultantes, como lesiones producto de las golpizas, dolores crónicos, depresión y baja autoestima.

No obstante, los profesionales de salud, la mayoría de las veces, no perciben o no documentan la ocurrencia de tal episodio violento^{10,14-17}. El estudio de Schraiber y D'Oliveira¹⁸, realizado en São Paulo, identificó que el 57% de las mujeres atendidas en una unidad de atención primaria relataron algún caso de violencia física en la vida. No obstante, sólo el 10% de los eventos habían sido registrados en el historial.

Un estudio señala que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia doméstica recurren a servicios de salud con síntomas físicos y ocultan a los profesionales la ocurrencia de la violencia¹⁹. De esta manera, la mujer no relata la agresión, y de la misma forma los profesionales no interrogan, evidenciando la precaria comunicación en la relación médico-paciente, lo que contribuye a la invisibilidad de la cuestión^{2,20}.

Además, se identifica como uno de los principales problemas sobre la dificultad que los profesionales de salud, particularmente los médicos, tienen para lidiar con las víctimas de violencia de género el hecho de que el tema no sea abordado de forma adecuada durante su formación. Estas cuestiones, cuando se discuten en la carrera, no suelen ser contextualizadas política y socialmente, siendo abordadas tradicionalmente desde el modelo fragmentado biologicista, en el que no hay correlación entre salud y realidad social. Así, los profesionales se sienten paralizados frente a las cuestiones subjetivas como la fragilidad emocional y la desprotección, comunes en las víctimas de violencia doméstica^{2,16,21}.

Algunos estudios señalaron otros factores que también contribuyen a la ineficiencia de la actuación médica con relación a la violencia. Por ejemplo, escasez de tiempo, temor de ofender a la víctima, dado que se trata de un "asunto privado", y el sentimiento de impotencia frente a una situación en la que es imposible controlar las actitudes de los pacientes²²⁻²⁵. Además, la brutal divergencia que normalmente existe entre la realidad del médico y la situación de riesgo de las usuarias dificulta que el profesional entienda a la violencia como un problema real de salud^{21,24}.

Por otro lado, otras barreras bloquean la percepción y el direccionamiento de los casos de VCM. Estas son: desconocimiento de los médicos acerca de los lugares adecuados para derivación de las mujeres víctimas de violencia^{16,25}, miedo de afectar la seguridad personal, rechazo a verse involucrado en burocracia judicial y descreimiento de que la violencia doméstica conste en el alcance de las unidades de salud²⁵.

Frente a este cuadro, los objetivos de esta investigación fueron identificar las principales dificultades y limitaciones encontradas por los profesionales de salud en el abordaje de las mujeres víctimas de violencia doméstica, así como detectar posibles conflictos éticos asociados a la atención de estas pacientes.

Método

Se trata de una revisión narrativa descriptiva cuya recolección fue realizada entre marzo y julio de 2016 en las bases de datos de investigaciones Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), PubMed y Scientific Electronic Library Online (SciELO). Todos los descriptores utilizados en la búsqueda de los artículos fueron consultados en los Descriptores en Ciencias de la Salud.

La estrategia de búsqueda consistió en combinar todos los descriptores primarios “profesionales de salud”, “médicos”, “género y salud”, “salud de la mujer” y “servicios de salud de la mujer”, utilizando el filtro “and”, con uno de los descriptores secundarios “violencia contra la mujer”, “violencia doméstica”, “maltrato conyugal” y “mujeres maltratadas”. De esta manera, en cada base de datos se realizaron cuatro búsquedas.

Los criterios de inclusión consideraron publicaciones en portugués, inglés y español; artículos originales o de revisión, disertaciones de maestrías y tesis de doctorado. Se excluyeron los artículos que no discutían la actuación de los profesionales de salud con relación a la violencia contra la mujer y aquellos que abordaban sólo los demás tipos de violencia intrafamiliar. Luego de la aplicación de tales criterios, se obtuvo un total de 16 artículos, que fueron leídos y agrupados de acuerdo con la temática involucrada. Durante el análisis de estos artículos, se verificó también qué principios bioéticos podrían no ser respetados durante las atenciones.

Resultados y discusión

Los artículos fueron seleccionados mediante una lectura exploratoria, y para la organización y registro del material obtenido se elaboró un cuadro conteniendo las principales dificultades encontradas por los profesionales de salud en la atención a las mujeres víctimas de violencia. Las publicaciones fueron sistematizadas en el Cuadro 1 (anexo), incluyendo además el título y el método empleado.

La muestra de esta investigación comprende 16 artículos. El año de publicación de los textos analizados comprendió el período entre 1997 y 2014, siendo la mayoría publicados en los últimos cinco años, lo que denota la creciente preocupación con relación al tema. En lo que se refiere al tipo de estudio, uno es una disertación, otro es una tesis, y todos los demás son artículos originales.

En relación con el método elegido, once artículos eran de cuño cualitativo, dos cuali-cuantitativos, uno descriptivo, uno analítico y otro cuantitativo y descriptivo. Se percibió cierta preferencia por el análisis cualitativo, que puede ser explicada por el hecho de que se trata de un tema interdisciplinario, que atraviesa, por ejemplo, esferas sociales, científicas y bioéticas, así como por el hecho de que describe aspectos subjetivos, como emociones y sentimientos.

El análisis de los artículos permitió definir tres ejes principales en relación con los obstáculos encontrados por los profesionales en la atención de las mujeres en situación de violencia. El primero de ellos se refiere a los profesionales de salud: percepciones personales, actitudes, formación y capacitación, barreras personales y sentimientos generados por la violencia. El segundo aborda la situación del sistema de salud y su articulación con los demás servicios disponibles para tratar y acoger a las mujeres en situación de violencia. Finalmente, el tercer eje contiene aspectos relacionados con las usuarias del sistema de salud víctimas de violencia. Los elementos señalados en cada eje serán discutidos detalladamente a continuación.

Los profesionales de la salud en los casos de violencia contra la mujer

Se percibió que 14 artículos consideraron aspectos enmarcados en este eje, sugiriendo que gran parte de la dificultad encontrada para lidiar con casos de VCM está centralizada en el propio profesional de salud.

Uno de los principales obstáculos para lidiar con la VCM es la falta de preparación y la formación inadecuada de estos profesionales, como se evidencia en ocho artículos, incluyéndose en este aspecto tanto la formación académica como la capacitación profesional. Se identificó que el patrón de formación de los profesionales está predominantemente basado en el modelo biologicista fragmentado, incompatible con una asistencia adecuada en casos de VCM. Además, se observó un precario conocimiento de los profesionales sobre los servicios disponibles para la derivación de las víctimas, lo que denota la falta de cuidado de

los servicios de salud para capacitar profesionales para lidiar con la cuestión^{22,26-32}.

Es también evidente la invisibilidad, verdadera o aparente, de la VCM para los profesionales de salud. En general, las mujeres no se quejan de la violencia y buscan atención, la mayoría de las veces, debido a lesiones físicas. Así, los profesionales suelen tratar las lesiones clínicas sin identificar a la mujer como víctima de violencia de género^{31,32}. Cuando la violencia es percibida por los profesionales, por la apariencia, lugar o tipo de lesión, es común que ignoren el hecho, no abordando la cuestión durante la consulta.

Esto puede ser interpretado como violencia institucional, dado que los profesionales no trabajan en el sentido de romper el ciclo de la violencia al cual la paciente está sujeta. Al posicionarse ajenos a la situación, contribuyen incluso a la continuidad de la opresión femenina^{21,24,27,30}. Además, la omisión del profesional de salud en cuanto a la problemática demuestra el incumplimiento de su deber moral de actuar en beneficio de la víctima en cuestión, descripto por el principio de la beneficencia.

Algunos estudios^{29,30,33-36} llamaron la atención sobre el juicio de valor que los profesionales hacen con relación a las víctimas, justificando y naturalizando la violencia a través de la estrategia de culpabilizar a las pacientes. De la misma forma, otros autores²² observaron la imposición de valores de los profesionales de salud a sus pacientes. Otras cuestiones morales y éticas también fueron señaladas en un estudio³⁴ que discutía sobre el aborto en víctimas de violación, en el cual se observó una gran dificultad para aceptar la interrupción del embarazo por parte de los profesionales de salud, que responsabilizan a las víctimas por la violencia sufrida. En este sentido, se percibe el irrespeto de los profesionales a la autonomía de las pacientes, teniendo en cuenta que este principio pregona la priorización de los valores y preferencias del individuo en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Otra cuestión que compone este eje es el miedo y la inseguridad que asolan a los profesionales de salud, siendo una barrera personal para enfrentar la VCM. En los estudios recogidos, los entrevistados hacían referencia, principalmente, al temor a sufrir represalias de los agresores^{24,28}. Muchos de los profesionales que participaron de los estudios revelaron sentirse impotentes y frustrados frente a tales situaciones, dado que el tratamiento clínico de las lesiones no es capaz de solucionar ese problema multifactorial^{21,24,26,28,34}. Además, afirmaron que una de las mayores dificultades es lidiar con factores asociados,

que en muchos casos son los desencadenantes de la violencia, como el uso de drogas y el narcotráfico³⁶.

En cuanto al grupo profesional (médicos y enfermeros), se constataron diferencias significativas respecto de las representaciones sobre la violencia y las actuaciones entre los dos grupos^{24,31,35,37}. Se identificó también que la mayoría de los profesionales desconoce los aspectos epidemiológicos de la VCM, lo que contribuye a la invisibilidad de la cuestión; no obstante, los enfermeros tenían una mayor capacitación para lidiar con los casos³².

En relación con la identificación de la VCM solamente como un problema de seguridad pública, la mayoría de los médicos participantes entendía que esa cuestión no debe ser abordada por los servicios de salud y declararon ser capaces de identificar esos casos a partir de signos y síntomas clínicos, asociados a cuestiones familiares y compromiso mental de las pacientes^{24,35}. Los enfermeros participantes de este mismo estudio entendían esa violencia como un problema "privado", creyendo así que no debían intervenir directamente para resolver la cuestión.

Un resultado similar fue constatado con enfermeros participantes de otro estudio, los cuales declararon que la VCM no debe ser abordada de manera directa³⁷. Para otro autor²⁸, parte de los médicos dijeron no conocer los recursos disponibles para las víctimas de violencia, y afirmaron confiar la tarea a la enfermería.

Por otro lado, el poder y la eficiencia de la Estrategia Salud de Familia (ESF) fueron destacados en la identificación y manejo de casos de violencia doméstica^{36,38}. En ambos estudios el papel de los agentes comunitarios de salud (ACS) fue señalado como fundamental para el éxito en la conducción de los casos, lo que puede ser atribuido a la oportunidad que los ACS tienen de detectar indicios de violencia, dado que entran en contacto directo con el ambiente en el que los pacientes viven.

No obstante, el primer estudio³⁶ destacó también la actuación de los asistentes sociales y los psicólogos e identificó una menor relevancia participativa de médicos, enfermeros y técnicos de enfermería en el abordaje y la resolución de los casos. En el segundo estudio³⁸, los enfermeros protagonizaron la identificación, conducción y actividades preventivas en la cuestión de la VCM.

Fonseca y colaboradores³⁴ encontraron resultados que contraponen los citados anteriormente, señalando la naturalización de la violencia por parte de los ACS y también su fragilidad. Esto porque estos profesionales forman parte de la misma comunidad

de las víctimas y de los agresores y no son amparados por organismos que los resguarden para que interfieran activamente en las situaciones de VCM.

Uno de los estudios³⁵ identificó una mayor comprensión de médicos y enfermeros de la ESF sobre la dinámica social de la violencia, asociando su etiología a factores externos, como el uso de drogas y alcohol, y sus respectivas consecuencias para el *estatus* social y para la salud de la mujer, que tiende a tornarse sumisa, dependiente y con baja autoestima. Un resultado análogo fue observado por otro autor³⁷.

El sistema de salud y los servicios de amparo a las mujeres

En este eje, se observó una notoria convergencia de la mayoría de los artículos, los cuales señalan la precariedad del sistema de salud, que dificulta aún más la resolución de los casos de VCM. Cuatro estudios^{21,31,32,35} señalaron que el modelo de atención médico vertical y fragmentado es inadecuado para la atención de las mujeres en situación de violencia. Realizada sin una contextualización biopsicosocial de la paciente, la atención se torna un obstáculo para el cuidado humanizado y acogedor.

Además, varios trabajos^{21,24,29,30,32,35,38} destacaron otras lagunas en el funcionamiento del sistema de salud, como ausencia de la contrarreferencia de los casos, lo que causa una falsa sensación de resolutivez luego de las derivaciones. De la misma forma, la inoperancia del principio de integralidad de la atención y la ausencia de protocolos específicos estandarizados para ayudar a los profesionales a conducir los casos también son factores asociados al mal funcionamiento del sistema con relación a la VCM.

Existe también la necesidad de mantener equipos multidisciplinarios disponibles para atender a esas mujeres y de crear una red intersectorial que articule servicios de seguridad pública, de salud de la mujer y de atención psicológica, posibilitando así la descentralización y la respuesta efectiva al problema.

En relación con la estructura física de los servicios de salud que reciben a las mujeres víctimas de violencia, entre otros casos, diversos estudios^{21,26,29,30,32} constataron que las unidades de salud son físicamente inadecuadas para la dinámica de atención.

Salas pequeñas, ausencia de privacidad, además de la falta de un espacio reservado para tratar las cuestiones de estas pacientes, dado que muchas mujeres se sienten avergonzadas por compartir la situación, dificultan la conversación franca. Además, estos autores señalaron la falta de tiempo de los

profesionales como un factor limitante de la atención adecuada y más humanizada para estas pacientes.

En general, se observa que estos hallazgos transgreden el concepto de Justicia, dado que los estudios recuperados señalaron la escasa preocupación por atender las necesidades de las víctimas de modo tal de respetar sus peculiaridades, su libertad de expresión y sus intereses.

Percepciones de las usuarias víctimas de violencia

En los estudios que discutieron sobre la percepción de las mujeres sobre las representaciones de género y la cuestión de la violencia^{32,35,38}, se identificó el fenómeno de la naturalización y banalización de la violencia por parte de las pacientes. Es importante percibir que este hecho fue también identificado en la percepción de algunos profesionales. Se puede suponer que esa percepción compartida por los dos grupos resulta de la banalización de la violencia contra las mujeres en la sociedad brasileña, tal como retratan de modo abundante los medios de comunicación.

En lo que concierne a la búsqueda de ayuda de las pacientes en situación de violencia, se percibió que la mayoría de las mujeres no ve a las unidades de salud como un lugar al que se puede recurrir²⁹, y cuando las buscan, debido a lesiones físicas, esconden la presencia de la violencia^{27,32}. En otro estudio³⁸, se identificó que la mayoría de las mujeres cree que la violencia doméstica es un problema grave de salud y que le cabría a los médicos el rastreo activo durante la atención.

Cerca del 70% de las mujeres que participaron de ese estudio declararon que le contarían al médico sobre la violencia en caso de que éste preguntara. No obstante, sólo el 12% del total de 406 mujeres fueron interrogadas por los médicos o enfermeros sobre la agresión. En relación con la prevalencia de violencia entre diferentes niveles sociales y etnias, este mismo estudio no encontró diferencias significativas³⁸.

Consideraciones finales

Esta revisión de la bibliografía permitió sistematizar las dificultades encontradas por los profesionales de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia de género, las cuales contribuyen a la invisibilidad de esta problemática. En este sentido, se puede definir que el mayor obstáculo está en el propio profesional de la salud e involucra cuestiones que van desde la formación inadecuada hasta la existencia de conflictos morales y éticos que culminan en

la culpabilización de las víctimas por la situación de violencia que sufrieron. Este fue el mayor conflicto suscitado, dado que la violencia perturba el estado de salud de quien la sufre, afectando indirectamente a los profesionales de salud que deben garantizar el estado de bienestar de los pacientes, de acuerdo con el principio bioético de la beneficencia³⁹.

Se puede notar también la violación de los principios de justicia y autonomía, dado que las víctimas son privadas de una atención condicente con sus particularidades y, en muchos casos, sus preferencias y valores morales son juzgados y, sobre todo, colocados en segundo plano por parte de los profesionales que

las asisten. Además, se hizo referencia a la precaria estructuración del sistema de salud y a las representaciones sociales de violencia de las víctimas como otros aspectos que dificultan el abordaje.

Teniendo en cuenta la relevancia de la problemática, se concluye que existen en la literatura escasos estudios que relacionen la cuestión de la salud con la violencia, limitando así reflexiones más profundas sobre la cuestión. En este sentido, se destaca la importancia de realizar más estudios sobre el tema y se espera que este trabajo contribuya al conocimiento a partir de los hallazgos señalados.

Agradecemos al Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo por el estímulo para la realización de investigaciones en el área de bioética y por el apoyo financiero. A la profesora y orientadora Raquel Barbosa Cintra por el apoyo, la orientación, el incentivo y principalmente por el ejemplo de integridad y eticidad.


Referências

1. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Chauí M, Paoli MC, SOS-Mulher. Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar; 1985. v. 4. p. 23-62.
2. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(3):625-31.
3. Braz M. Bioética e violência. Bioética. 2004;12(2):77-97.
4. United Nations. General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women [Internet]. 20 dez 1993 [acesso 2 jan 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2BRX010>
5. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports. 1999;27(4):1-44.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Opas; 2003.
7. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2010.
8. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União. Brasília; 8 ago 2006. Seção 1, p. 1.
9. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO; 2005.
10. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington: Opas; 2014.
11. Valdez-Santiago R, Ruiz-Rodríguez M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? Salud Pública Méx. 2009;51(6):505-11.
12. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2002 [acesso 8 jul 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2yJD51D>
13. Angulo-Tuesta AJ. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
14. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Cad Saúde Pública. 2006;22(12):2567-73.
15. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(3):1943-52.
16. Stark E, Flitcraft A. Women at risk: domestic violence and women's health. Thousand Oaks: Sage; 1996.
17. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência, gênero e saúde: organização, serviço e tecnologia de atenção integral à mulher. São Paulo: FMUSP; 1999.
18. Marinheiro ALV. Violência doméstica: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto, SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003.
19. Schraiber L, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface Comun Saúde Educ. 2003;6(10):41-54.
20. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. Saúde Soc. 2011;20(1):124-35.

21. Herrera C, Agoff C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2349-57.
22. Sugg NK, Inui T. Primary care physician's response to domestic violence: opening Pandora's box. *Jama*. 1992;267(23):3157-60.
23. Vieira EM, Ford NJ, De Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(3):681-90.
24. Rodríguez-Bolaños RA, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública Méx*. 2005;47(2):134-44.
25. Büken NO, Sahinoglu S. Violence against women in Turkey and the role of women physicians. *Nurs Ethics*. 2006;13(2):197-205.
26. Bispo TCF, Almeida LCG, Diniz NMF. Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde. *Rev Baiana Enferm*. 2007;21(1):11-8.
27. De Ferrante FG, Santos MAD, Vieira EM. 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):287-99.
28. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML *et al*. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc*. 2011;20(1):113-23.
29. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):351-8.
30. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate*. 2014;38(102):482-93.
31. Nascimento EFGA. Percepções dos profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP; 2011.
32. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(2 Suppl):S399-406.
33. Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(6):974-80.
34. Leal SMC. Lugares de (não) ver? As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde [tese]. Porto Alegre: UFRGS; 2010.
35. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014;23(3):814-27.
36. Baraldi ACP, Almeida AM, Perdoná GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2012;12(3):307-18.
37. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):180-6.
38. Castilho EA, Kalil J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005;38(4):344-7.
39. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *South Med J*. 1997;90(11):1075-80.

Participación de las autoras

Angela Alves Correia de Souza fue responsable de la recolección de la muestra, del análisis crítico de las publicaciones y de la redacción final del artículo. Raquel Barbosa Cintra orientó el proyecto y colaboró con sugerencias y con la corrección del artículo.



Recebido: 24. 4.2017
 Revisado: 4.10.2017
 Aprovado: 18.11.2017

Anexo

Autor (año)	Título	Tipo de publicación	Método de análisis	Principales dificultades
Pedrosa, Spink (2011) ²⁰	A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica	Original	Cualitativo	Formación académica inadecuada Aparente invisibilidad de la violencia contra la mujer (VCM) Distanciamiento y angustia de los profesionales respecto de los casos de VCM Ausencia de redes institucionales interdisciplinarias Ausencia de recursos institucionales Violencia institucional Falta de tiempo
Vieira y colaboradores (2013) ²³	The response to gender violence among Brazilian health care professionals	Original	Cualitativo	Desconocimiento epidemiológico de los profesionales sobre la VCM Aparente invisibilidad de la VCM Los médicos no reconocen a la VCM como una cuestión de salud pública Los profesionales hacen referencia a un sentimiento de impotencia, incomodidad y miedo Ausencia de integralidad de los servicios de salud
Büken, Sahinoglu (2006) ²⁵	Violence against women in Turkey and the role of women physicians	Original	Cualitativo	Deficiencia educativa en la formación de los profesionales de salud Inseguridad y falta de motivación Ambientes físicos de atención inadecuados Falta de tiempo
Bispo, Almeida, Diniz (2007) ²⁶	Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde	Original	Cualitativo	Identificación de la violencia por medio de lesiones físicas Ausencia de contextualización biopsicosocial Falta de tiempo Los profesionales no reconocen a la violencia como una cuestión de salud pública Formación inadecuada de los profesionales Las usuarias no hablan de la situación de violencia
De Ferrante, Santos, Vieira (2009) ²⁷	Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	Original	Cualitativo	Culpabilización de las víctimas por parte de los profesionales Desconocimiento de los médicos de los lugares adecuados a los cuales derivar a las pacientes Los profesionales menosprecian la identificación de la VCM Los profesionales se sienten inseguros para abordar la VCM
Villela y colaboradores (2011) ²⁸	Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência	Original	Cualitativo	Culpabilización de las víctimas Profesionales no preparados Estructura hospitalaria inadecuada Ausencia de integralidad de los servicios de salud Superpoblación de los lugares de acogida

Continúa

Autor (año)	Título	Tipo de publicación	Método de análisis	Principales dificultades
Osís, Duarte, Faúndes (2012) ²⁹	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	Original	Descriptivo	Los profesionales no reconocen la VCM como una cuestión de salud pública Profesionales no preparados Ausencia de recursos institucionales Ausencia de protocolos específicos para abordar la cuestión El servicio de salud no es visto por las usuarias, en general, como un lugar en el cual conseguir ayuda
Hasse, Vieira (2014) ³⁰	Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados	Original	Cuali-cuantitativo	Ausencia de contextualización biopsicosocial en la atención La mayoría de los entrevistados no reconoce a la VCM como un problema de salud pública Desconocimiento epidemiológico de los profesionales sobre la VCM
Nascimento (2011) ³¹	Percepções dos profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal	Tesis de doctorado	Cualitativo	Ausencia de contextualización biopsicosocial en la atención Culpabilización de las víctimas por parte de los profesionales Ausencia de contrarreferencia en los servicios de salud Necesidad de ampliar la atención multidisciplinaria para las víctimas Los profesionales ven el problema como algo privado de la pareja Juicio y discriminación de las víctimas por parte de los profesionales Otras (prejuicios, falta de capacitación y exceso de trabajo de los profesionales, ausencia de apoyo institucional y de protocolos de actuación, falta de políticas de salud, espacios físicos pequeños en las unidades de salud) Las mujeres ocultan y naturalizan la violencia
Soares (2003) ³²	Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados	Original	Cualitativo	Dilemas morales y éticos implicados en la cuestión del aborto (derecho de interrupción del embarazo x valor religioso) Los profesionales culpabilizan a las víctimas de VCM en casos de aborto por violación
Fonseca y colaboradores (2009) ³³	Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde	Original	Cualitativo	Culpabilización de las víctimas por parte de los ACS Sensación de impotencia frente a la situación Desconocimiento del aparato disponible para derivar a las víctimas Naturalización de la opresión femenina

Continúa

Autor (año)	Título	Tipo de publicación	Método de análisis	Principales dificultades
Leal (2010) ³⁴	Lugares de (não) ver? As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde	Tesis de doctorado	Cualitativo	Ausencia de contextualización biopsicosocial en la atención No reconocimiento de la VCM como un problema de salud pública Desconocimiento epidemiológico de los profesionales sobre la VCM Ausencia de contrarreferencia e integralidad en los servicios de salud Naturalización y banalización de la VCM por parte de los profesionales y de las usuarias
Moreira y colaboradores (2014) ³⁵	A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família	Original	Cualitativo	Dilema: respetar autonomía de las usuarias × intervención en situaciones que representan riesgos para la vida Lidiar con factores asociados a la violencia, tales como uso de drogas y narcotráfico Falta de preparación de los profesionales
Baraldi y colaboradores (2012) ³⁶	Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?	Original	Cuantitativo, descriptivo	Invisibilidad de la VCM en el prenatal Abordar la VCM de forma directa
Hesler y colaboradores (2013) ³⁷	Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde	Original	Cualitativo	Ausencia de una red intersectorial que garantice los derechos de ciudadanía de la mujer Ausencia de redes institucionales interdisciplinarias Naturalización de la VCM por parte de las víctimas y de los agresores
Caralis, Musialowski (1997) ³⁹	Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims	Original	Cuali-cuantitativo	Desconocimiento de los profesionales La atención adecuada a la víctima de VCM requiere mucho tiempo y recursos Los médicos creen que se trata de un problema privado de la pareja Los médicos creen que la mujer es responsable de la violencia que está vivenciando Falta de recursos en los servicios de apoyo a esas víctimas Los médicos temen por su propia seguridad