



Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia

Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso

Marina Fangel de Moraes

**A violência de gênero no âmbito do SUS, enfrentamentos e campos de atuação no Distrito Federal: uma revisão integrativa**

Brasília

2023

**A violência de gênero no âmbito do SUS, enfrentamentos e campos de atuação no Distrito Federal: uma revisão integrativa**

Marina Fangel de Moraes

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva apresentado a Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Silvia Badim

Brasília

2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FF211v Fangel de Moraes, Marina  
A violência de gênero no âmbito do SUS, enfrentamentos e campos de atuação no Distrito Federal: uma revisão integrativa / Marina Fangel de Moraes; orientador Silvia Badim Marques. -- Brasília, 2023.  
51 p.

Monografia (Graduação - Saúde Coletiva) -- Universidade de Brasília, 2023.

1. Violência contra as mulheres. 2. Direito à saúde. 3. Gênero e saúde. I. Badim Marques, Silvia, orient. II. Título.

Marina Fangel de Moraes

**A violência de gênero no âmbito do SUS, enfrentamentos e campos de atuação no Distrito Federal: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva apresentado a Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Silvia Badim

Data da defesa: 20/12/2012

**Comissão examinadora:**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Badim Marques**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Inez Montagner**

---

**Esp. Karla Lopo Paiva**

## Dedicatória

*Dedico este trabalho à minha mãe, por ser minha maior inspiração nessa vida, tanto profissionalmente quanto pessoalmente, espero um dia ser metade da mulher que você é. Te amo mil milhões.*

*Dedico também às mulheres que diariamente sofrem com qualquer tipo de violência. Viver sem a violência é um direito humano!*

## **Agradecimentos**

Primeiramente, gostaria de agradecer minha mãe, Andrea, que sempre foi minha fã número um e sempre esteve ao meu lado durante toda a graduação, nos momentos bons e nos momentos ruins, que me viu querer desistir e me fez acreditar no meu potencial. Gostaria de agradecer também meu pai, Cláudio, por todas as conversas e conselhos sobre “morar em cidade grande”.

Agradeço também à minha irmã, Livia, por ser minha melhor amiga e por me ouvir reclamar da vida incansavelmente, rir e chorar junto comigo, e por não me deixar trancar a faculdade. Agradeço ao meu irmão Murilo, por todas as ajudas tecnológicas durante a graduação e por editar meus vídeos de trabalho sempre que eu precisava (pode me ligar de vez em quando, viu?).

Agradeço aos meus avós, Ercinia e Eduardo, por sempre terem incentivado a educação na nossa família, me sinto bastante privilegiada por ser neta (favorita) de vocês. Agradeço também ao meu tio Renan e minha tia Letícia, por terem me acolhido em sua casa durante todo o período da graduação e por terem me inspirado a seguir na carreira acadêmica. Agradeço ao meu tio Leandro e minha tia Carla, pelas inúmeras vezes que me levaram para passear e fizeram minhas comidas favoritas para me agradar. Agradeço também meus primos, Felipe e Enrico, por serem a alegria da minha vida.

Agradeço às minhas amigas, Bruna, Paula e Isabela, por estarem do meu lado a mais de 12 anos, não sei o que seria da minha vida sem vocês. Sou muito grata pela nossa amizade e por poder compartilhar alegrias, angústias, medos e conquistas com vocês, mesmo cada uma estando em um estado diferente.

Por fim, agradeço à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Badim Marques, por ser um exemplo de profissional e por lutar tanto pela Saúde Coletiva.

Obrigada.

*“Never be so polite, you forget your power. Never wield such power, you forget to be polite” - Taylor Swift (Marjorie)*

## **Lista de Quadros**

**Quadro 1** - Síntese dos estudos para análise dos resultados.

## **Lista de Figuras**

**Figura 1** - Modelo dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead.

**Figura 2** - Modelo dos determinantes sociais da saúde de Diderichsen, Evans e Whitehead (2001).

**Figura 3** - Homicídios de mulheres e feminicídios. Brasil e Unidades da Federação - 2021 - 2022.

**Figura 4** - Taxas de homicídios feminino e feminicídios, por região Brasil, 2022.

## **Lista de Siglas e Abreviações**

ACS - Agentes Comunitários de Saúde;

APS - Atenção Primária em Saúde;

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial;

CEPAV - Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica;

Creas - Centro de Referência Especializado de Assistência Social;

DF - Distrito Federal;

DSS - Determinantes Sociais de Saúde;

EC - Educação Continuada;

ESF - Equipe de Saúde da Família;

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

Pnad - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios;

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde;

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;

SINAN - Sistema de Informação e Agravos de Notificações;

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso;

UBS - Unidades Básicas de Saúde;

UPA - Unidade de Pronto Atendimento;

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>14</b>
<b>2. Justificativa.....</b>	<b>17</b>
<b>3. Objetivos.....</b>	<b>18</b>
<b>4. Metodologia.....</b>	<b>19</b>
<b>5. Referencial teórico.....</b>	<b>20</b>
<b>6. Resultados e discussão.....</b>	<b>34</b>
<b>7. Considerações Finais.....</b>	<b>48</b>
<b>8. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>50</b>

## Resumo

**Introdução:** A violência de gênero configura um problema de saúde pública. **Justificativa:** De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente uma em cada três mulheres de 15 a 49 anos sofreram violência física e/ou sexual por parte de seu parceiro íntimo ou violência sexual por desconhecidos em sua vida, sendo de extrema importância o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema. **Objetivos:** Após a leitura e análise da literatura selecionada, buscou-se identificar de que forma a rede do SUS-DF está aparelhada para atender vítimas de violência de gênero, em especial a violência doméstica, e identificar de que forma os profissionais de saúde podem ser melhor capacitados para lidar com o tema. **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. **Resultados e Discussão:** A partir da leitura e da análise dos artigos selecionados, pode-se perceber que a rede SUS-DF fez diversos avanços em relação às políticas públicas através da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), assim como da implementação da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal. Além disso, pode-se perceber também que os profissionais de saúde ainda enfrentam dificuldades para identificar os casos de violência de gênero no SUS, assim como no acolhimento e no atendimento das vítimas. **Conclusão:** É necessário fortalecer as políticas públicas voltadas para a erradicação da violência contra a mulher, assim como criar estratégias para informar, capacitar e educar os profissionais de saúde sobre a violência de gênero.

**Palavras-chave:** violência contra as mulheres; direito à saúde; gênero e saúde.

## Abstract

**Introduction:** Gender-based violence constitutes a public health problem. **Justification:** According to the World Health Organization (WHO), approximately one in three women aged 15 to 49 have suffered physical and/or sexual violence from their intimate partners or sexual violence from strangers in their lives, which leads the importance of developing research on the topic. **Objectives:** After reading and analyzing specific literature, we sought to identify how the SUS-DF network is equipped to assist victims of gender-based violence, especially domestic violence, and identify how health professionals can be the best qualified to deal with the topic. **Method:** An integrative literature review was carried out. **Results and Discussion:** From reading and analyzing the selected articles, it can be seen that the SUS-DF

network has made several advances in relation to public policies through the National Policy to Combat Violence against Women and the Maria da Penha Law (Law No. 11,340/2006), as well as the implementation of the Care Network for People in Situations of Violence in the Federal District. Furthermore, it can also be seen that health professionals still face difficulties in identifying cases of gender violence in the SUS, as well as in welcoming and caring for victims. **Conclusion:** It is necessary to strengthen external public policies to eradicate violence against women, as well as create strategies to inform, train and educate health professionals about gender-based violence.

**Key-Words:** violence against women; right to health; gender and health.

## 1. Introdução

A Constituição de 1988, nos artigos 196 a 200, institui oficialmente a criação de um sistema único de saúde em todo o território brasileiro, tendo como seus principais objetivos organizativos a integralidade, a universalidade e a equidade do acesso, ou seja, todos os brasileiros e estrangeiros que procuram os serviços de saúde públicos devem ser atendidos de forma universal, integral e igualitária de acordo com as suas necessidades. (Brasil, 1988)

A universalidade prevê a existência de um sistema de saúde em que todos os indivíduos são atendidos e tratados de forma universal e justa, sem distinção de classe, gênero e raça, sempre levando em consideração a individualidade e as necessidades de cada um. A equidade possui uma definição semelhante, pois, frequentemente, é usada como sinônimo de igualdade, ou seja, prevê um serviço de saúde que trate igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, buscando diminuir as diferenças evitáveis e injustas que permeiam nossa sociedade. Já a integralidade prevê que os indivíduos sejam enxergados e tratados como um todo, ou seja, garante que haja assistência desde a atenção primária com a prevenção e a promoção da saúde até a assistência hospitalar com os tratamentos e exames necessários. (Brasil, 1988)

De acordo com o art. 196 da Constituição Federal, promulgada em 1988,

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Em consonância com o artigo 197 da Constituição Federal, a regulamentação do SUS é feita pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde, ou o SUS, é criado e estabelecido no Brasil, tendo como objetivo descentralizar, hierarquizar e regionalizar o acesso à saúde, para que assim toda a população seja atendida da melhor forma possível de acordo com os níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente uma em cada três mulheres de 15 a 49 anos sofreram violência física e/ou sexual por parte de seu parceiro íntimo ou violência sexual por desconhecidos em sua vida. A violência vinda de

parceiros íntimos ou de pessoas do círculo de convivência da mulher são as mais comuns e, ainda de acordo com a OMS, cerca de 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos pelos seus parceiros do sexo masculino. Sabe-se ainda que fatores sociais como baixa escolaridade, baixa renda, exposição à violência e o abuso durante a infância estão diretamente associados com a violência contra as mulheres. (OMS, 2021)

A Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, além de, em seu Art. 7º, especificar os tipos de violências doméstica contra a mulher, sendo elas: i. a violência física; ii. a violência psicológica; iii. a violência sexual; iv. a violência patrimonial; e v. a violência moral. Cada uma tem sua própria caracterização e não é excludente da outra, ou seja, em uma situação pode ocorrer mais de um tipo de violência.

Segundo dados coletados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública para o “Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023” relativos à violência letal e sexual de meninas e mulheres no Brasil, os casos de feminicídio aumentaram no ano de 2022 (acréscimo de 6,1% em relação ao ano anterior), assim como os casos de estupro e estupro de vulnerável, os quais aumentaram exponencialmente (crescimento de 8,2%). Esses dados são importantes pois nos permitem concluir que todos os indicadores de violência de gênero estão aumentando, ou seja, os casos de feminicídio, homicídio de mulheres, estupros, agressões e ameaças cresceram consideravelmente de 2021 para 2022. Sendo assim, podemos dizer que as políticas públicas de promoção e prevenção da saúde da mulher vítima de violência precisam ser reforçadas mais do que nunca.

Segundo Almeida (2007), a violência de gênero pode ser definida como toda a violência praticada e direcionada a alguém em função da sua identidade de gênero ou orientação sexual. As mulheres, historicamente, são as que mais sofrem violência de gênero, sendo assim, o termo se tornou sinônimo de violência contra a mulher e violência doméstica, possuindo uso semântico equivalente. Silva e Oliveira (2016) ainda afirmam que a violência de gênero consiste em qualquer ato que resulta, ou pode resultar, em dano físico, sexual ou psicológico, ou sofrimento para a mulher. Sendo assim, podemos dizer que a violência de gênero possui caráter multidimensional e envolve diversos fatores sociais, culturais, jurídicos e econômicos. (Lopes, p. 8, 2011)

A violência contra a mulher configura um problema de Saúde Pública (Oliveira et al, 2023), pois diversos casos, desde os mais leves até os mais graves, precisam de atendimento médico, seja no tratamento de machucados e feridas ou com a disponibilização de antirretrovirais, como as Profilaxias Pós-Exposição, para evitar infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, o atendimento integral, que inclui o acolhimento, o atendimento psicossocial, a assistência social e a atuação de diversos outros profissionais de saúde, é de extrema importância para que a mulher vítima de violência receba todo o apoio e cuidado da qual tem direito previsto pela Constituição e por diversas leis vigentes.

O atendimento e principalmente o acolhimento das mulheres que chegam às Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou aos hospitais públicos precisa ser feito de forma respeitosa, solidária e integral, de forma que seus direitos básicos sejam garantidos por todos os profissionais de saúde que fazem parte da equipe. A atuação dos enfermeiros é fundamental, pois, muitas vezes, são o primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde e, geralmente, são os que acompanham todo o percurso dos mesmos pelo sistema, fazendo encaminhamentos e solicitando a consulta de outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, ginecologistas e entre outros. (Freitas et al, 2023)

Segundo Ros (2011), “a violência aparece nas relações sociais tanto como forma de transformação dessas relações, quanto como modo de dominação, coerção e manutenção de uma determinada ordem”, ou seja, podemos dizer que a cultura, a historicidade e os costumes de uma sociedade têm grande influência sobre os processos sociais. Dessa forma, o modo como homens e mulheres se comportam tem muito haver com a cultura do local e do contexto em que estão inseridos. Como por exemplo, a noção de que os homens são os provedores da casa e as mulheres são responsáveis por cuidar dos afazeres domésticos e dos filhos é uma ideia que vêm sendo construída há séculos e que serve de base para a construção de uma cultura machista e patriarcal. Sendo assim, podemos dizer que a melhor forma de mudar as práticas culturais e os costumes de uma sociedade é através da constante busca pelo conhecimento, o que reforça a importância da educação permanente em saúde ao longo da carreira.

Para dar continuidade à educação em saúde após a graduação, é preciso falar da Educação Continuada (EC), que tem como objetivo a busca pela atualização dos conhecimentos e das práticas em saúde. É um método pautado pela concepção de educação

como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte de conhecimento (Peduzzi et al, 2009).

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo analisar a rede de atendimento a pessoas vítimas de violência no Distrito Federal, buscando evidenciar a sua estrutura e forma de atendimento, bem como a importância da formação de profissionais de saúde capazes de atender adequadamente mulheres e pessoas vítimas de violência de gênero.

## **2. Justificativa**

De acordo com uma pesquisa realizada por Avanci et al (2017) através da extração de dados do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências - VIVA Inquérito, em relação à “caracterização dos adultos vítimas de violência intrafamiliar e atendidos nos serviços de urgência e emergência em capitais brasileiras”, cerca de 67,2% das mulheres atendidas eram pretas ou pardas, 98,6% apresentavam vulnerabilidades sociais, 42,5% tinham de 9 a 11 anos de escolaridade, 50,2% não trabalhava, 97,4% relataram ter sofrido violência física, 88,1% afirma que a violência foi intencional e 84,4% dos agressores eram do sexo masculino que se utilizavam da força corporal (73,1%) para ferir suas parceiras no próprio domicílio (76,6%). É possível afirmar que a grande parte dos casos de violência contra a mulher acontecem com mulheres que se encontram em situações de vulnerabilidade social, baixa renda e baixa escolaridade.

Já na pesquisa feita por Silva e Oliveira (2016), sobre as características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal (DF) no período de 2009 a 2012, foram notificados 1.924 casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher em 31 distritos residenciais, sendo a Ceilândia responsável por 10% dos casos notificados, o maior percentual entre as regiões do DF. Cerca de 25% das vítimas se autodeclararam pretas ou pardas, 63,3% informaram a escolaridade, 32,5% eram solteiras, 25,7% relataram que o agressor era desconhecido e do sexo masculino (68,3%), 38,5% das agressões aconteceram em vias públicas e 46,8% se caracterizavam como violência física.

Ambas as pesquisas apresentam, de forma geral, uma consonância entre os dados obtidos, sendo assim, é possível traçar o perfil tanto da mulher vítima de violência quanto do agressor. É possível afirmar também que os casos de violência acontecem com mais frequência em áreas mais vulneráveis e com maior índice de desigualdade socioeconômica.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2021, o Distrito Federal é a 4ª unidade federativa mais desigual do país, ficando atrás apenas de Roraima, do Rio Grande do Norte e de Pernambuco. (Pnad, 2021)

O Distrito Federal e a Ceilândia possuem altos índices de desigualdade social e de violência, e em face disso ressalta-se a importância de se produzir dados sobre o tema nesta região administrativa, bem como focar nossos olhares e nossa atuação como sanitaristas para combater esse problema neste território

Como foi exposto acima, grande parte das agressões são físicas, as quais podem levar à necessidade de atendimento médico ou hospitalar por parte da vítima ou até mesmo do agressor. Sendo assim, os serviços de saúde e os profissionais que nele trabalham precisam estar aptos para atender esses indivíduos de forma integral e universal, e dentro do âmbito de atuação do SUS

### **3. Objetivos**

#### **Objetivo geral**

Identificar de que forma a rede do SUS-DF está aparelhada para atender vítimas de violência de gênero, em especial a violência doméstica, e identificar de que forma os profissionais de saúde podem ser melhor capacitados para lidar com o tema.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar os principais tipos de violências sofridas por mulheres no Brasil e no Distrito Federal.
- Analisar os dados sobre violência de gênero encontrados em diferentes bancos de dados, como o SINAN (Sistema de Informação e Agravos de Notificações), o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e outros bancos de dados em saúde.
- Mapear os serviços existentes no SUS – DF para atendimento a pessoas vítimas de violência de gênero, e de que forma eles operam.
- Identificar de que forma os profissionais de saúde podem ser melhor capacitados sobre o tema, tanto para atuar em relação ao combate a violência quanto para conhecer a rede existente para esta abordagem dentro do SUS – DF.

## **4. Metodologia**

### **4.1 - Revisão integrativa da literatura**

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a qual consiste em construir uma análise ampla da literatura disponível nas principais bases de dados em saúde, como a Biblioteca Virtual em Saúde e a Scielo, utilizando os descritores em saúde do DeCS/MeSH que forem pertinentes ao tema. A amostra temporal será de 10 anos, ou seja, de 2013 a 2023, para que seja possível analisar a evolução dos casos de violência contra a mulher no Brasil, assim como a percepção dos profissionais sobre a educação continuada em saúde.

A pesquisa se desenvolveu em seis fases de acordo com a estruturação de revisão proposta por Mendes et al (2008). Primeira fase: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa. Como foi dito anteriormente, o tema do presente trabalho é a violência contra a mulher e as questões de gênero no âmbito do SUS. Com base nas pesquisas feitas até o momento, supõe-se que a violência de gênero está presente de forma intrínseca em nossa sociedade, sendo observada desde os momentos iniciais da vida até a velhice, sendo assim, buscou-se entender como funciona o atendimento das mulheres vítimas de violência no SUS.

Segunda fase: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura. Nesta etapa foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, o presente estudo pretendeu fazer um apanhado dos dados nacionais referentes à violência contra a mulher e aprofundar sobre os dados referentes ao atendimento e acolhimento no SUS, sendo assim, foram excluídos os dados sobre outros países e que não abordam o SUS. Foram priorizadas também as experiências e vivências dos profissionais de saúde em relação ao acolhimento e atendimento nos serviços de saúde.

Terceira fase: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos. Foram extraídos, dos dados referentes à violência contra a mulher, os resultados sobre idade, escolaridade, raça, tipo de violência, grau de parentesco com o agressor e sexo do agressor. Além disso, foram extraídos também os dados relacionados à atuação dos profissionais de saúde quanto ao acolhimento, encaminhamento e encerramento do caso.

Quarta e quinta fase: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e interpretação dos resultados. Nessa etapa foram selecionados os artigos que fizeram parte da revisão, assim como a interpretação e conclusão dos resultados obtidos. Já na sexta etapa, foi feita a síntese e a discussão dos resultados, assim como a sugestão de melhorias para o setor e da implementação de cursos voltados para a educação em saúde.

## **4.2 – Análise documental**

Nesta fase da metodologia foram identificadas em sítios eletrônicos, através de pesquisa na internet com o descritor “atendimento a pessoas vítimas de violência no DF”, informações sobre a rede de atendimento a pessoas vítimas de violência no DF, e em especial da região de Ceilândia - DF.

Não há necessidade de submeter o presente trabalho ao comitê de ética em pesquisa.

## **5. Referencial teórico**

### **5.1 - Direito à saúde e SUS**

Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde, até meados da década de 1970, o acesso aos serviços públicos de saúde era restrito às pessoas que tinham carteira assinada e que, conseqüentemente, estavam associadas ao Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), ou seja, apenas uma pequena parcela da população tinha livre acesso aos serviços de saúde, o que, por sua vez, acabou escancarando as desigualdades socioeconômicas que marcaram a época da Ditadura Militar no Brasil, em que muitas pessoas estavam se deslocando dos centros urbanos para as periferias (Santos, 2018).

O Inamps beneficiava apenas aqueles que possuíam carteira assinada, deixando à mercê da saúde privada aqueles que podiam pagar e esquecidos os trabalhadores informais que não tinham condições de pagar pelos serviços particulares. Dessa forma, o direito à saúde estava restrito a uma pequena parcela da população e não se configurava como universal e igualitário, expondo assim uma situação de saúde precária e preocupante, em que diversas doenças estavam começando a ressurgir no país e aumentando a morbimortalidade em diversos setores da população. (Souza, 2002)

A mudança de contexto social pela qual o país estava passando com o final da Ditadura Militar reforçou ainda mais os propósitos e as motivações da Reforma Sanitária,

movimento este que vinha ganhando força desde o início da década de 70 e que se consolidou durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. A população demandava uma mudança imediata na organização dos serviços de saúde, em que todos tivessem acesso livre à prevenção e promoção da saúde. (Chagas e Torres, 2022)

Dessa forma, com o avanço das discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, os protestos da Reforma Sanitária e o descontentamento geral da população, em 5 de outubro de 1988 a Constituição Federal foi promulgada e a partir dela foi estabelecido o direito à saúde gratuita e universal. No art. 196 da CF/88, a saúde é conceituada como direito de todos e dever do Estado, dando início à criação do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 1988)

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Dessa forma, o SUS é instituído em todo território nacional, tendo como base os conceitos de regionalização e hierarquização, descentralização, comando único, integralidade, universalidade e equidade. Essa mudança de abordagem no funcionamento dos serviços de saúde foi fundamental para garantir que todas as pessoas, independentemente de renda, raça, gênero, contexto social e local de moradia tivessem acesso e direito à saúde. (Lei nº 8.080/90)

## **5.2 - Equidade, integralidade e universalidade do acesso à saúde**

Visto que o SUS é um modelo de assistência à saúde que visa atender toda a população de forma justa e indiscriminatória, como é previsto na Lei 8.080/90, se faz necessário entender os princípios que o norteiam para ter uma melhor compreensão da magnitude e da importância de se assegurar a equidade, a integralidade e a universalidade dos serviços públicos de saúde em uma sociedade tão marcada pelas desigualdades sociais e econômicas.

De acordo com o art. 7 da Lei 8.080/90, “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios”:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Segundo Paim (2010), “as noções de universalidade e equidade estão relacionadas ao princípio da igualdade que, por sua vez, está associado à ideia de justiça”, ou seja, o SUS deve ser um sistema que atenda a todos os indivíduos de forma universal e justa, sem exclusão e sem discriminação, tanto para brasileiros quanto para estrangeiros, homens e mulheres, crianças e idosos, ricos e pobres, buscando sempre levar em consideração a individualidade e as necessidades de cada um. (Paim, 2010)

Em relação ao princípio de equidade, é frequentemente usado por diversos autores como sinônimo de igualdade. Segundo o filósofo grego Aristóteles “devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na medida de sua desigualdade”, ou seja, é preciso diminuir as diferenças evitáveis e injustas, como por exemplo, a baixa renda e a impossibilidade de pagar por serviços privados não deve impedir as pessoas de terem acesso ao sistema de saúde. (Aristóteles, [s.d.]

Os serviços de saúde oferecidos devem ser condizentes com as necessidades da população a qual pretendem atender, ou seja, o princípio da integralidade considera as pessoas como um todo. Na constituição, a integralidade é caracterizada como uma diretriz, assim como a descentralização e a participação da comunidade, essenciais para a organização do SUS (Paim, 2010). A Lei 8.080/90 define a integralidade como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Dessa forma, podemos dizer que os princípios de universalidade, equidade e integralidade são essenciais para entendermos o funcionamento do SUS e assim garantir os direitos de acesso, promoção e prevenção da saúde para todos os cidadãos e usuários dos serviços públicos de saúde brasileiros, desde a atenção primária até a atenção terciária.

### 5.3 - Determinantes sociais de saúde e desigualdades

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde pode ser definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Dessa forma, existem alguns fatores que podem influenciar o processo saúde-doença, como as condições de vida e de trabalho dos indivíduos, chamados de determinantes sociais de saúde (DSS). A Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde define os DSS como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss e Pellegrini, 2007).

O modelo dos determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (Figura 1) mostra os DSS dispostos em camadas, sendo as mais perto do centro as que mais afetam e influenciam na saúde do indivíduo, e as mais distantes os macrodeterminantes de saúde, como o ambiente, as condições de vida e de trabalho e entre outros. No centro do modelo, podemos observar a idade, o sexo e os fatores hereditários como os fatores mais fortes e que servem como base para os DSS; já no próximo nível, temos o estilo de vida dos indivíduos, que podem ser considerados tanto individuais quanto coletivos, pois podemos considerar os costumes, hábitos, tradições e a cultura como comportamentos coletivos que possuem influência na saúde individual. (Dahlgren e Whitehead, 2013)

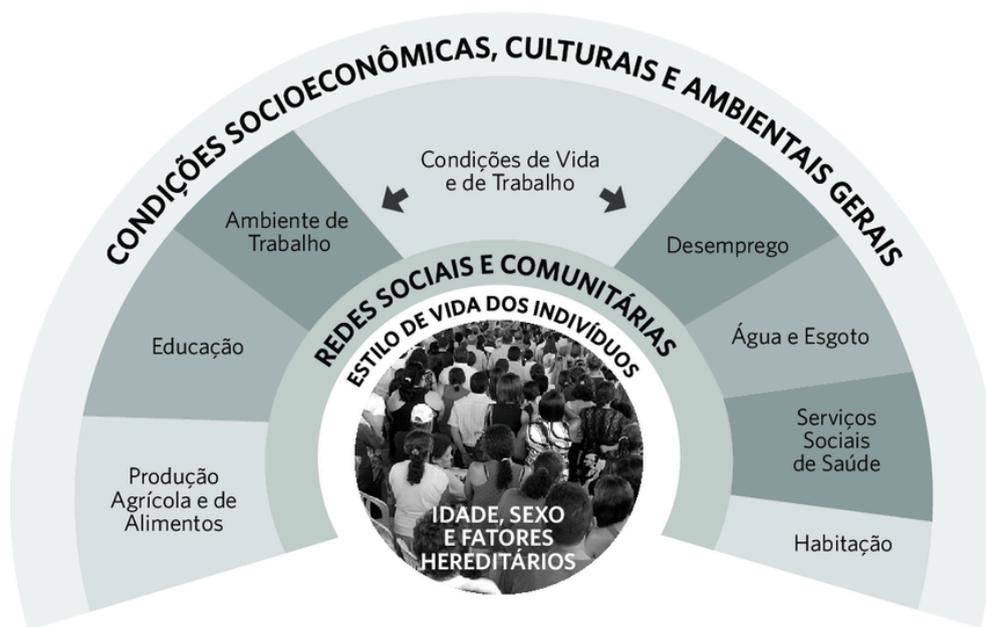


Figura 1. Modelo dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead. (Fonte: Carvalho, 2013, p. 84)

Na camada seguinte temos as redes sociais e comunitárias, que, segundo Buss e Pellegrini (2007), expressa o nível de coesão social no qual o indivíduo está inserido, sendo fundamental para a saúde da sociedade como um todo. Na última camada temos as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, as quais envolvem a produção agrícola de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde e habitação, ou seja, são as condições de vida e de trabalho que também possuem grande influência sobre os DSS.

Outro modelo que enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social é o modelo proposto por Diderichsen, Evans e Whitehead em 2001 (Figura 2), em que as posições sociais distintas dos indivíduos provocam diferenciais de saúde.

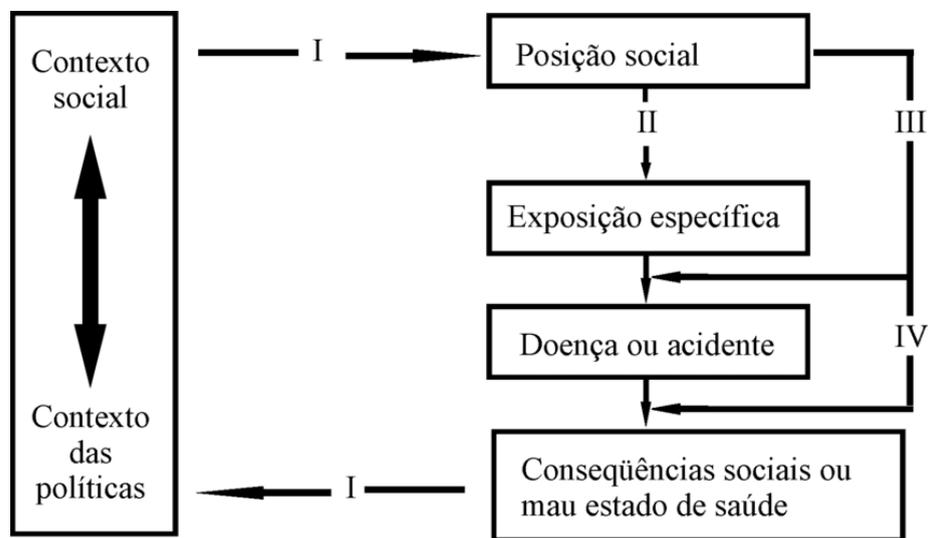


Figura 2. Modelo dos determinantes sociais da saúde de Diderichsen, Evans e Whitehead (2001).

“(I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III); e o diferencial de conseqüências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença (IV). Por conseqüências sociais, entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família.” (Buss e Pellegrini, 2007).

Os modelos de Diderichsen, Evans e Whitehead e de Dahlgren e Whitehead são semelhantes no aspecto de considerar o contexto social no qual o indivíduo está inserido para

explicar as condições de saúde, ou seja, são importantes quando pensamos em políticas públicas voltadas para um determinado grupo populacional. Como por exemplo, quando analisamos os dados referentes à violência contra a mulher, fatores como idade, escolaridade, situação de trabalho, condições de vida e de habitação e entre outros aspectos são de extrema importância para traçarmos um perfil de vulnerabilidade e de incidência dos casos de violência.

Dessa forma, podemos dizer que o modelo biomédico não é o suficiente para explicar as condições de saúde, é preciso levar em consideração o contexto social e as condições de vida do indivíduo para ter um panorama melhor da saúde e assim organizar os serviços de saúde de acordo com a necessidade da população.

A saúde é fortemente influenciada por esses fatores, ainda mais no Brasil, em que a desigualdade socioeconômica é intrínseca e enraizada em nossa sociedade desde o período da colonização. A disparidade de gênero e de raça é um dos principais fatores agravantes da saúde hoje em dia, haja vista os casos de machismo e de racismo que tanto nos permeiam.

Segundo dados do *Global Gender Gap Report (2023)*, realizado pelo Fórum Econômico Mundial, o Brasil é o 3º país da América Latina com mais desigualdade de gênero, ficando atrás apenas de Belize e Guatemala. O Brasil possui, atualmente, um índice de paridade de gênero de 0,726, numa escala que vai de 0 a 1, onde 1 significa nenhuma diferença entre homens e mulheres. O índice geral utiliza quatro critérios de comparação: participação e oportunidade econômicas (0,670), oportunidades educacionais (0,992), acesso à saúde (0,980) e empoderamento político (0,263). O Brasil deixa a desejar no quesito participação econômica e empoderamento político feminino, o que evidencia a disparidade de gênero e a desigualdade em nossa sociedade.

De acordo com o IBGE, as mulheres representam cerca de 51,8% da população brasileira, porém constituem apenas 43,8% da força de trabalho, além de receberem 20,5% a menos do que os homens (Pnad, 2019). Esses dados são importantes pois impactam diretamente nas condições de vida e de saúde das mulheres, que muitas vezes fazem dupla jornada de trabalho, cuidam das tarefas domiciliares sozinhas, criam seus filhos sem a presença dos pais e muitas vezes enfrentam violência tanto dentro de casa quanto no local de trabalho.

Em relação à raça, os números são ainda mais discrepantes. Segundo o IBGE (2022), pretos e pardos representam cerca de 56% da população brasileira, entretanto, dos indivíduos abaixo da linha da pobreza, 71% são pretos ou pardos e 29% são brancos, aumentando para 73% e 27%, respectivamente, quando observamos os dados de miséria e extrema pobreza. De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) de 2015, as pessoas pretas e pardas possuem uma renda média equivalente a apenas 59,2% da renda média das pessoas brancas. As mulheres negras são as que mais sofrem com as desigualdades sociais, segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 66% das mulheres que sofreram violência doméstica e sexual em 2019 eram negras; das crianças que sofreram violência doméstica, 75% eram crianças negras. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, cerca de 78,8% das pessoas negras não possuem plano de saúde, o que as leva a recorrer ao SUS para tratar questões de saúde.

Dessa forma, podemos dizer que o Brasil é um país historicamente machista e racista, com suas origens remetidas ao período da colonização e da escravidão, em que, desde então, mulheres e pretos e pardos vêm sofrendo violências sistemáticas e estruturais, que podem resultar em condições e agravos de saúde importantes.

#### **5.4 - Relação entre gênero e saúde**

As discussões sobre gênero e a necessidade de diferenciação entre masculino e feminino é bastante antiga, porém, na década de 1980 com a “segunda onda” do feminismo, as críticas em relação ao modelo androcêntrico foram reforçadas, surgindo assim a necessidade de colocar as mulheres, suas questões de saúde, suas experiências de vida, tal como o trabalho doméstico e as violências sofridas, sob evidência (Aquino, 2006).

O termo gênero, segundo Nancy Krieger, foi introduzido nas pesquisas de saúde a fim de esclarecer as diferenças entre os papéis sociais de homens e mulheres na sociedade, assim como relacionar as desigualdades sociais com as desigualdades de gênero e de saúde. Termos como mulher, gênero, feminino e feminista são usados, frequentemente, como sinônimos equivocadamente, sendo necessário distinguir um do outro e entender seus significados.

“Uma ‘mulher’ é um indivíduo específico; ‘gênero’ denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres; (...) ‘feminino’ refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados das mulheres num lugar e época

específicos que podem também ser adotados por homens; e ‘feminista’ define uma posição ou agenda política” (Nancy Krieger apud Schienbinger, 2001, p. 32).

É importante ressaltar também que gênero e sexo não são sinônimos. Sexo está relacionado aos aspectos anatômicos e fisiológicos do aparelho reprodutivo, ou seja, é vinculado à expressão dos cromossomos x ou y nos indivíduos. Já o gênero pode ser definido como “o produto do processo sociocultural que molda na sociedade os papéis femininos e masculinos e define as pautas de relação entre homens e mulheres” (Barata, 2009).

Segundo dados da PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) de 2019, homens e mulheres utilizam os serviços de saúde de forma diferente em relação à frequência. Enquanto as mulheres tendem a procurar mais vezes os serviços de saúde para consultas preventivas ou para questões voltadas à saúde reprodutiva, como pré-natal, exame citopatológico, mamografia e entre outros, os homens procuram os serviços de saúde quando possuem efetivamente algum problema de saúde. De acordo com a última pesquisa, 82,3% das mulheres que participaram da entrevista foram ao médico nos últimos 12 meses anteriores, enquanto a proporção entre os homens foi de 69,4%.

Os dados da PNS 2019 também mostram que a mortalidade de homens é maior do que a de mulheres em todos os ciclos de vida, especialmente entre 15 e 29 anos, sendo a principal causa as mortes não-naturais (por causas externas). Esses dados podem ser explicados pelos determinantes sociais de saúde e pelos papéis de gênero associados aos homens, que, em sua grande maioria, estão mais expostos a situações de risco tanto no trabalho quanto na vida social (acidentes de carro, violência, uso excessivo de álcool e tabaco). Entretanto, quando analisamos os casos de violência doméstica, violência física, sexual e psicológica, as mulheres são disparadas as mais afetadas. Segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023, no ano passado houveram 4.034 homicídios em que as vítimas eram mulheres, desses, 35,6% configuraram casos de feminicídio, ou seja, é o homicídio direcionado a mulheres pelo simples fato de serem mulheres. É importante ressaltar também que 84% dos agressores fazem parte do círculo social da vítima.

Dessa forma, podemos dizer que as relações de gênero têm grande influência na saúde de homens e mulheres, visto que ambos desempenham diferentes papéis na sociedade e são enxergados e tratados de formas distintas. De acordo com a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), “a desigualdade de gênero limita o acesso aos serviços de saúde

de qualidade e contribui para taxas de morbidade e mortalidade evitáveis em mulheres e homens ao longo da vida”.

### **5.5 - Conceituação de violência de gênero e seus tipos**

Segundo Silva e Oliveira et al (2016), “a violência contra a mulher consiste em qualquer ato que resulta, ou pode resultar, em dano físico, sexual ou psicológico, ou sofrimento para a mulher, sendo considerado um fenômeno multidimensional”, ou seja, pode atingir mulheres de todas as raças, idades e status sociais. Porém, como sabemos, fatores como baixa escolaridade, desigualdade socioeconômica, presença de violência na infância e uso de álcool e outras drogas podem ser críticos para disparar os índices de violência contra as mulheres. As autoras afirmam também que “o principal fator relacionado a essa forma de violência são as desigualdades causadas por relações tradicionais de gênero, em que as agressões significaram uma estratégia de manutenção do poder masculino”.

Nesse mesmo sentido, a violência de gênero pode ser definida como toda a violência praticada e direcionada a alguém em função da sua identidade de gênero ou orientação sexual. Historicamente, as mulheres são as que mais sofrem violência de gênero, sendo assim, o termo se tornou praticamente sinônimo de violência contra a mulher, violência doméstica, violência sexual e física e possui uso semântico equivalente (Almeida, 2007).

Segundo Bandeira (2014), os diversos termos utilizados para denominar a violência contra a mulher, apesar de semelhantes, possuem desdobramentos próprios e implicações teóricas e práticas em função das condições e do contexto na qual estão inseridas.

“[...] Ao escolher o uso da modalidade *violência de gênero*, entende-se que as ações violentas são produzidas em contextos e espaços relacionais e, portanto, interpessoais, que têm cenários sociais e históricos não uniformes. A centralidade das ações violentas incide sobre a mulher, quer sejam estas violências físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais ou morais, tanto no âmbito privado-familiar como nos espaços de trabalho e públicos.” (Bandeira, 2014).

Dessa forma, o autor afirma ainda que as ações violentas ocorrem historicamente sobre os corpos femininos, em grande parte devido às relações patriarcais e hierárquicas que permeiam nossa sociedade, e que tem como produto a desigualdade de gênero e a violência sistemática contra as mulheres. Essa relação hierárquica se dá a partir de uma pré-concepção de que a feminilidade e a fragilidade estão associadas, ou seja, as mulheres seriam inferiores

aos homens, mais frágeis, mais emocionais, mais aptas a maternidade devido as condições de seu sexo.

A imposição da masculinidade e do androcentrismo estão fortemente ligados aos casos de violência de gênero, visto que a maioria dos casos de violência são praticados de homens contra mulheres ou de homens contra homens. A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de 22 de setembro de 2006) categoriza a violência contra a mulher e a violência doméstica em cinco tipos, são elas: i. violência física; ii. violência psicológica; iii. violência sexual; iv. violência patrimonial; e v. violência moral.

A violência física é caracterizada pela agressão física, ou seja, através de tapas, socos, empurrões, puxões de cabelo, arremesso de objetos e qualquer outro ato ou ação que comprometa a integridade física e a saúde corporal da vítima. A violência psicológica é caracterizada por condutas que causam danos emocionais ou diminuição da autoestima, ou visa degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, como ameaças, constrangimento, humilhação, manipulação, insultos, chantagem e ridicularização.

A violência sexual se constitui como qualquer ato ou incitação sexual não desejado mediante uso da força, ameaça e intimidação, como o estupro, obrigar a mulher a fazer atos sexuais indesejados e que causam desconforto, impedir o uso de métodos contraceptivos ou forçar o aborto, forçar o matrimônio, gravidez ou prostituição e entre outros por meio da coerção, chantagem ou suborno. Já a violência patrimonial é definida como qualquer prática de retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, como controlar o dinheiro, deixar de pagar pensão alimentícia, destruição de documentos pessoais, furto, extorsão ou dano, estelionato e entre outros. Por fim, a violência moral é definida como as condutas que configuram calúnia, difamação e injúria, como acusação de traição, emissão de juízos morais sobre a conduta, críticas mentirosas, exposição da vida íntima, rebaixar a mulher por meio de xingamentos que incidem sobre sua índole e desvalorizar a vítima pelo seu modo de se vestir.

Segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023, o ano de 2022 foi o ano com mais casos de estupros registrados desde o início da produção do relatório em 2011. Foram 74.930 casos registrados, um aumento de 8,2% em relação a 2021, e, desses, 56.820 foram estupros de vulneráveis. Em relação ao local em que ocorreram as agressões, 68,3% foram na casa das vítimas e 9,4% em vias públicas. 88,7% das vítimas eram do sexo

feminino e 11,3% do sexo masculino. Segundo o relatório, as principais vítimas são crianças entre 0 e 13 anos de idade (61,4%) e, dessas, 10,4% tinham menos de 4 anos. Outro dado importante a ser analisado é o perfil do agressor, entre as vítimas de 0 a 13 anos, 86,1% são conhecidos e 64,4% são familiares, já entre as vítimas com mais de 14 anos, 77,2% são conhecidos e 24,3% são de autoria de parceiros ou ex-parceiros íntimos.

Ainda segundo os dados do Anuário Brasileiro, em 2022 todos os indicadores de violência doméstica aumentaram. Foram registradas 245.713 agressões por violência doméstica (aumento de 2,9% em relação ao ano anterior), 613.529 ameaças (aumento de 7,2%), 899.485 chamados ao 190, aproximadamente 102 acionamentos por hora (aumento de 8,7%). Foram registrados 56.560 casos de *stalking* (perseguição), 24.382 ocorrências de violência psicológica, 445.456 medidas protetivas de urgência foram concedidas (aumento de 13,7%). Os casos de violência sexual aumentaram em 49,7%, totalizando 6.114 casos registrados em 2022, assim como a importunação sexual, que teve um crescimento de 37% e 27.530 casos.

Em consonância a esses dados, os indicadores de violência contra a mulher aumentaram consideravelmente também, como é demonstrado na figura 3. Foram registrados 1.437 feminicídios (aumento de 6,1%), 4.034 homicídios femininos (aumento de 1,2%) e um crescimento de 16,9% na tentativa de feminicídio. Em relação ao perfil das vítimas de feminicídio, 61,1% eram negras e 71,9% tinham entre 18 e 44 anos. Sete em cada 10 foram mortas dentro de casa, 53,6% por seu parceiro íntimo, 19,4% por ex-parceiro íntimo e 10,7% por familiar. (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023)

Outro dado relevante é a classificação dos homicídios como feminicídios, ou seja, os casos em que o sexo da vítima foi circunstância qualificadora do crime. No Brasil, 35,6% dos casos de assassinato de mulheres foram classificados como feminicídios, sendo a maior proporção no Distrito Federal (59,4%) e o menor percentual em Roraima (9,1%). A classificação correta das ocorrências é de extrema importância para que futuramente sejam pensadas políticas públicas voltadas para a diminuição da violência de forma adequada e que sejam representativas da população. (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023)

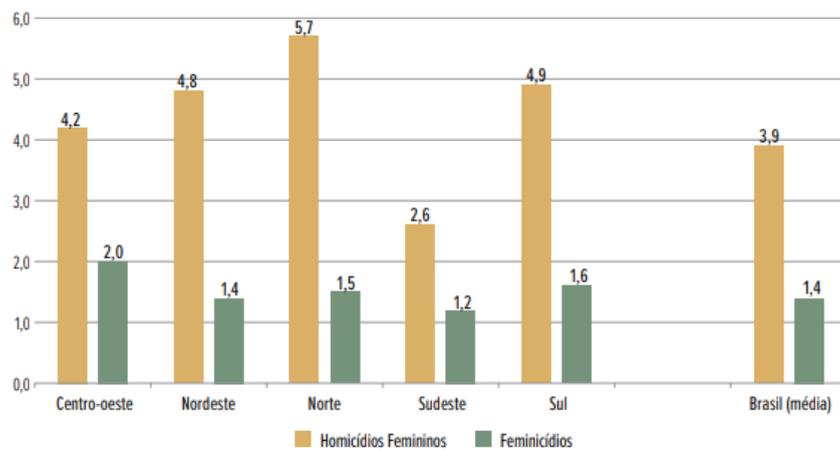
Figura 3 - Homicídios de mulheres e feminicídios. Brasil e Unidades da Federação - 2021 - 2022.

Brasil e Unidades da Federação	Homicídios					Feminicídios					Proporção de feminicídios em relação aos homicídios de mulheres	
	Vítimas Mulheres										Em percentual (%)	
	N. Absolutos		Taxa <sup>(1)</sup>		Varição (%)	N. Absolutos		Taxa <sup>(1)</sup>		Varição (%)	2021	2022
	2021 <sup>(2)</sup>	2022	2021	2022		2021 <sup>(2)</sup>	2022	2021	2022			
Brasil	3.965	4.034	3,8	3,9	1,2	1.347	1.437	1,3	1,4	6,3	34,0	35,6
Acre	29	22	7,1	5,3	-24,9	12	11	2,9	2,6	-9,3	41,4	50,0
Alagoas	73	73	4,5	4,5	-0,1	25	31	1,5	1,9	23,9	34,2	42,5
Amapá	26	22	7,1	6,0	-16,0	4	8	1,1	2,2	98,5	15,4	36,4
Amazonas	109	88	5,6	4,5	-20,1	23	21	1,2	1,1	-9,6	21,1	23,9
Bahia	424	406	5,8	5,6	-4,4	93	107	1,3	1,5	14,9	21,9	26,4
Ceará	339	264	7,5	5,8	-22,4	31	28	0,7	0,6	-10,0	9,1	10,6
Distrito Federal	43	32	3,0	2,2	-26,1	25	19	1,7	1,3	-24,5	58,1	59,4
Espírito Santo	108	95	5,6	4,9	-12,7	38	33	2,0	1,7	-13,8	35,2	34,7
Goias	131	137	3,7	3,8	3,3	54	56	1,5	1,6	2,4	41,2	40,9
Maranhão	134	127	3,9	3,7	-5,5	58	69	1,7	2,0	18,6	43,3	54,3
Mato Grosso	85	101	4,8	5,6	17,3	43	47	2,4	2,6	7,7	50,6	46,5
Mato Grosso do Sul	70	75	5,1	5,4	6,1	33	40	2,4	2,9	20,0	47,1	53,3
Minas Gerais	298	309	2,9	3,0	3,3	155	171	1,5	1,6	9,9	52,0	55,3
Pará	200	200	5,0	4,9	-0,6	67	49	1,7	1,2	-27,3	33,5	24,5
Paraíba	83	86	4,1	4,2	3,1	32	26	1,6	1,3	-19,1	38,6	30,2
Paraná	208	256	3,6	4,4	22,1	75	77	1,3	1,3	1,9	36,1	30,1
Pernambuco	230	219	4,9	4,6	-5,0	87	72	1,9	1,5	-17,5	37,8	32,9
Piauí	73	70	4,3	4,1	-4,6	37	24	2,2	1,4	-35,5	50,7	34,3
Rio de Janeiro	247	283	3,0	3,4	14,6	85	111	1,0	1,3	30,6	34,4	39,2
Rio Grande do Norte	75	60	4,4	3,5	-20,3	20	16	1,2	0,9	-20,3	26,7	26,7
Rio Grande do Sul	331	391	5,9	7,0	18,0	96	110	1,7	2,0	14,4	29,0	28,1
Rorônia	64	88	8,2	11,2	37,3	16	24	2,0	3,1	49,7	25,0	27,3
Roraima	31	33	10,4	10,8	4,0	5	3	1,7	1,0	-41,4	16,1	9,1
Santa Catarina	107	101	2,8	2,6	-7,0	55	56	1,5	1,5	0,3	51,4	55,4
São Paulo	366	423	1,6	1,9	14,9	136	195	0,6	0,9	42,6	37,2	46,1
Sergipe	42	37	3,7	3,2	-12,4	20	19	1,8	1,7	-5,6	47,6	51,4
Tocantins	39	36	5,2	4,8	-8,4	22	14	2,9	1,9	-36,9	56,4	38,9

Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social; Instituto de Segurança Pública/RJ (ISP); Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação - IBGE, realizadas por meio de interpolação linear; Censo 2022 - IBGE; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

A figura 4 demonstra a distribuição das taxas de feminicídio e homicídio feminino por região, sendo o Centro-Oeste a região com a maior taxa de feminicídio em todo o país, com 2,0 casos para cada 100 mil mulheres. Já em relação ao homicídio feminino, a região norte foi a que mais registrou casos, sendo 5,7 casos para cada 100 mil mulheres. Ambas as taxas estão acima da média nacional brasileira, sendo a primeira 3,9/100 mil e a segunda 1,4/100 mil.

Figura 4 - Taxas de homicídios feminino e feminicídios, por região Brasil, 2022.



Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social; Instituto de Segurança Pública/RJ (ISP); Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação - IBGE, realizadas por meio de interpolação linear; Censo 2022 - IBGE; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Silva e Oliveira (2016) realizaram um estudo descritivo sobre os principais tipos de violência registrados no Sinan, no Distrito Federal de 2009 a 2012. Como resultado, chegaram em 1.924 casos registrados em 31 diferentes distritos residenciais (cidades-satélites), uma média de 62 notificações por distrito residencial. A Ceilândia foi o distrito com o maior número de casos de violência contra a mulher registrados no período da pesquisa, representando cerca de 10% (202 casos) de todas as notificações.

Em relação às características da vítima, do agressor e do ato violento em si, chegou-se a conclusão que: as mulheres que sofrem violência são em grande parte solteiras (32,5%) e 25% se autodenominam pardas, além de 63,6% terem informado seu grau de escolaridade. Em relação ao grau de parentesco entre a vítima e o agressor, 25,7% eram desconhecidos e 19% eram cônjuges, sendo 68,3% dos agressores do sexo masculino. Sobre o tipo de violência mais frequente, a violência física é a que mais predomina, com 46,8% dos casos, seguida da violência sexual (22,5%) e da violência psicológica. Os dados encontrados são semelhantes ao da pesquisa realizada por Avanci et al (2017).

Dessa forma, podemos afirmar que os casos de violência estão crescendo cada vez mais no Brasil e no Distrito Federal, em todas as suas formas e tipos, e que as mulheres continuam sendo as mais afetadas, principalmente mulheres pretas, de baixa renda e crianças. Esses dados nos permitem criar diversas análises sobre as relações de poder e a estrutura familiar que muitas vezes invisibiliza o papel da mulher dentro e fora de casa, e que muitas vezes se tornam contexto e local para agressões e violências.

## **5.7 - Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e Lei Maria da Penha**

Como forma de tentar diminuir os casos de violência contra a mulher, algumas medidas foram tomadas pelo Estado e pelos entes federados, como a implementação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e a consolidação da Lei Maria da Penha, a fim de fortalecer as políticas pública já existentes e garantir o atendimento integral de mulheres em situação de vulnerabilidade.

Dessa forma, foi lançado em agosto de 2007, pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Pacto Nacional Pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, como parte da Agenda Social do Governo Federal. O pacto consiste no planejamento de ações e práticas que visem a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher através da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional. Além disso, o pacto prevê também organizar as ações pelo enfrentamento à violência contra as mulheres com base em quatro áreas/eixos estruturantes, sendo eles:

- Implementação da Lei Maria da Penha e Fortalecimentos dos Serviços Especializados de Atendimento;
- Proteção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da AIDS;
- Combate à Exploração Sexual e ao Tráfico de Mulheres;
- Promoção dos Direitos Humanos das Mulheres em Situação de Prisão.

Por ser um problema que envolve várias questões estruturais, sociais e jurídicas, o plano de enfrentamento à violência contra a mulher conta com a articulação de diversas esferas do governo, como planejamento, orçamento, justiça, educação, saúde, assistência social, trabalho, segurança pública, cultura e entre outros. Dessa forma, é necessária a participação conjunta entre os três poderes (executivo, legislativo e judiciário), para que assim possa ser garantido o atendimento integral e justo às mulheres vítimas de violência.

Um importante instrumento na orientação e no registro de ocorrências de violência é a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, criada em novembro de 2005 com o intuito de orientar e apoiar mulheres em situação de violência sobre seus direitos e onde buscar ajuda. Segundo dados divulgados pelo Ministério das Mulheres, em 2022 foram registradas 73.685 ligações para o 180, dessas, 51.941 foram realizadas pelas próprias vítimas. Em relação ao perfil das vítimas que recorreram à Central de Atendimento à Mulher, 31.931 eram mulheres negras (43,33%), 19.507 eram brancas (26,47%), 279 eram amarelas e 224 eram indígenas. Entre as principais denúncias estão a violência psicológica (72.993), a violência física (55.224), a violência patrimonial (12.744), violência sexual (6.669), cárcere privado (2.338), violência moral (2.156) e tráfico de pessoas (41). Os estados com maior quantidade de ocorrências foram São Paulo (22,25%), Rio de Janeiro (17,12%) e Minas Gerais (10,17%).

Diante desse cenário e do reconhecimento de que a violência envolve diversos fatores e consequências psíquicas, sociais e econômicas, em 7 de agosto de 2006 foi aprovada a Lei nº 11.340, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que tinha como objetivo coibir os crimes de violência doméstica e violência familiar contra a mulher. A Lei Maria da Penha foi e ainda é importantíssima, pois passou a julgar os crimes nos Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, além de tipificar os tipos de violência doméstica, que são a física, a sexual, a patrimonial, a psicológica e a moral.

A Lei também passou a proibir a aplicação de penas pecuniárias (multas e sanções financeiras) aos agressores, assim como aumentou a pena de 1 ano para até 3 anos. Outro aspecto importante abordado foi a determinação de encaminhamento das mulheres em situação de violência e seus dependentes para programas e serviços de proteção e de assistência social, como os CEPAVs (Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica).

Em conclusão, podemos dizer que nos últimos 20 anos houveram diversos avanços nas legislações e na criação de projetos e serviços de acolhimento, atendimento e proteção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, entretanto, ainda há muita melhoria a ser feita. Os serviços de saúde especializados e os profissionais que nele trabalham enfrentam diversos problemas no dia-a-dia, tanto de infraestrutura quanto de recursos humanos e financeiros para atender os usuários. Sendo assim, é preciso reforçar a importância de melhorias em todo o ciclo de atendimento às mulheres vítimas de violência, desde as leis que categorizam os crimes até os profissionais de saúde que irão realizar o acolhimento e mesmo possíveis exames nas vítimas.

## **6. Resultados e discussão**

### **6.1 - Revisão integrativa da literatura**

A partir da busca nas bases de dados, foram encontrados 50 artigos utilizando os descritores “violência doméstica”, “violência de gênero” e “violência contra a mulher” e o operador booleano AND para combinar os termos com “Sistema único de saúde”. Desses 50 artigos iniciais, 33 foram descartados por não atender os critérios de inclusão destacados na metodologia do presente trabalho ou por não atender o tema da pesquisa, e 5 foram excluídos por duplicação. Sendo assim, foram selecionados 12 artigos para a leitura e análise integral.

Espera-se compreender melhor como funciona a rede de acolhimento e atendimento às pessoas vítimas de violência de gênero no SUS, assim como traçar o perfil epidemiológico das vítimas e dos agressores.

**Quadro 1. Síntese dos estudos para análise dos resultados**

TIPO	TÍTULO	ANO	AUTOR	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS
Artigo	Mulheres violentadas: caracterização dos casos registrados no estado do Maranhão/Brasil, 2011-2019	2023	Mag Gardênya Rodrigues Oliveira et al.	Analisar os casos de violência contra a mulher no estado do Maranhão, no período de 2011 a 2019.	Pesquisa descritiva, transversal, ecológica e com abordagem quantitativa, realizada a partir de dados secundários de notificações.	Foram registrados 12.275 casos no estado, com predomínio dos episódios de vitimização entre mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, na raça parda e com escolaridade entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental.
Artigo	Violência sexual contra mulheres: uma análise das notificações no Espírito Santo, Brasil.	2023	Franciéle Marabotti Costa Leite et al.	Estimar a frequência e os fatores associados à violência sexual contra mulheres no Espírito Santo.	Estudo transversal realizado a partir de dados notificados entre 2011 e 2018 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.	A frequência de violência sexual foi de 15,6%, sendo maior a ocorrência em crianças; pessoas sem deficiências e/ou transtornos; residentes em área urbana; com agressor único, desconhecido, do sexo masculino e sem suspeita de uso de álcool. A residência foi o local de maior ocorrência e o caráter de repetição esteve presente.
Artigo	Análise das trajetórias assistenciais ofertadas às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde.	2022	Maria Fernanda Terra e Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira.	Analisar a assistência prestada às mulheres em situação de violência doméstica de gênero em serviços de Atenção Primária à Saúde, no município de São Paulo, no Sistema Único	A análise se deu a partir de quatro fluxogramas analisadores construídos com base nas informações coletadas em prontuários e a partir de entrevistas com mulheres em situação de violência e com	As mulheres "desabafam" principalmente para os ACS. A violência é frequente e reconhecida. A assistência ofertada se mostra como tentativa dos profissionais de saúde em "consertar" o problema da violência.

				de Saúde.	profissionais de saúde.	
Artigo	Trajetórias atuais da gestão do SUS no enfrentamento à violência de gênero: uma revisão narrativa.	2021	Nayara Mendes Cruz et al.	Identificar as ações de enfrentamento à violência de gênero contextualizadas dentro do SUS, e sumarizar documentos e estudos publicados sobre o tema, no Brasil, de 2016 a 2020.	Revisão narrativa de literatura.	Os estudos revisados sugerem que vários desafios ainda devem ser superados para que a política nacional de enfrentamento à violência de gênero venha a ser devidamente implementada no país.
Artigo	Violência de gênero entre usuárias do serviço de atenção básica do SUS na Paraíba.	2021	Idalina Maria Freitas Lima Santiago.	Apontar os marcadores sociais das usuárias que passaram por violência de gênero; tipificar as violências de gênero; identificar os procedimentos tomados por elas para enfrentar essas violências; analisar o atendimento das USF no combate à violência de gênero.	Pesquisa analítico-descritiva e abordagem quanti-qualitativa.	As USF investigadas não constituem espaços de interlocução com as mulheres violentadas, não efetivando o referenciamento para a Rede de Atendimento.
Artigo	A violência contra a mulher no sistema único de saúde.	2020	Gisélia de Moura Bezerra Cavalcanti et al.	Caracterizar a produção científica acerca da violência contra mulher e suas repercussões sociais, em periódicos	Revisão integrativa da literatura.	A análise dos 15 artigos evidenciou a caracterização da violência, a atuação e percepção dos profissionais de saúde acerca da violência e do aborto legal, destacando a relevância

				online no âmbito da saúde, publicados no período de 2011 a 2016.		de estudar a violência e suas repercussões sociais, com o objetivo de proporcionar uma melhor assistência.
Artigo	Caracterização dos casos de violência contra mulheres.	2020	Patrícia Chatalov Ferreira et al.	Caracterizar os casos de violência contra a mulher.	Estudo quantitativo, descritivo, ecológico, de séries temporais	Os casos de violência contra a mulher foram predominantes na faixa etária acima de 20 anos, em vítimas com escolaridade acima de oito anos, raça/cor branca, sendo o agressor, na maioria das vezes, o cônjuge. Deram-se os atos violentos, em geral, na própria residência da vítima por meio de violência física principalmente.
Artigo	Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014).	2019	Marcella Martins Alves Teofilo et al.	Analisar as notificações de violência contra mulheres (10 anos de idade ou mais), residentes em Niterói/RJ (2010-2014).	Estudo descritivo de série de casos.	Foram notificados 307 episódios de violência, decrescente com a idade. Violência física predominou, seguida de violências psicológica e sexual e de negligência. As adolescentes foram as principais vítimas de violência sexual. Cônjuges, ex-cônjuges, namorados(as), ex-namorados(as) foram autores em 42,6% das agressões físicas.
Artigo	Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher.	2017	Rodrigo Jacob Moreira de Freitas et al.	Compreender a atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher nas	Pesquisa qualitativa.	Os tipos de violências mais comuns identificados foram a psicológica e a física. O processo de identificação e notificação dos casos de violência contra a

				UPAs.		mulher esbarra na falta de preparo e o receio dos enfermeiros se envolverem no caso.
Artigo	Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil.	2017	Carmem Regina Delziovo et al.	Descrever as características dos casos de violência sexual contra mulheres, notificados por profissionais de saúde nos anos de 2008 a 2013, em Santa Catarina, Brasil.	Estudo ecológico, de caráter descritivo e de série temporal.	Foram notificados 15.508 casos de violências, sendo 2.010 sexuais. As adolescentes de 10 a 14 anos foram as que mais sofreram violência sexual. As agressões ocorreram por agressor único, no domicílio, à noite e de forma recorrente.
Artigo	Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família.	2014	Juliana Costa Machado et al.	Conhecer os tipos de violência intrafamiliar identificados pelos profissionais das ESF e descrever as estratégias de intervenção implementadas nas situações de violência.	Pesquisa-ação realizada em três unidades de saúde da família do município de Jequié/BA, com 25 profissionais das ESF.	Os profissionais das ESF apóiam as famílias no reconhecimento da violência, propiciando a escuta, orientações e encaminhamento aos órgãos competentes; apesar de encontrarem algumas dificuldades nesse processo, como a falta de articulação mais efetiva com os órgãos de proteção e assistência às vítimas.
Artigo	Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000.	2014	Claudia Araújo de Lima e Suely Ferreira Deslandes.	Analisar o embate sobre os avanços, retrocessos e desafios do tema à luz das proposições do setor saúde.	Pesquisa documental.	O texto apresenta questões emblemáticas sobre os desafios a serem superados pelos gestores de saúde na década atual, tais como a cobertura e continuidade dos serviços de atenção e capacitação permanente dos profissionais.

Como foi dito na metodologia, o presente trabalho pretende traçar o perfil epidemiológico das vítimas de violência de gênero, para isso, serão analisados os resultados

sobre sexo, idade, escolaridade, raça, tipo de violência, local de ocorrência da violência e grau de parentesco com o agressor. Serão analisados também o perfil dos perpetradores de violência, como, sexo do agressor, suspeita de uso de álcool e relação do agressor com a vítima. Além disso, serão extraídos também os dados relacionados à atuação dos profissionais de saúde quanto ao acolhimento, encaminhamento e encerramento do caso.

### **6.1 Perfil das vítimas de violência de gênero e dos perpetradores de violência**

Para traçar o perfil das vítimas de violência de gênero, foram analisados os dados referentes a sexo, idade, escolaridade, raça, tipo de violência, local da ocorrência e grau de parentesco com o agressor. Foram analisados também o sexo do agressor, uso de álcool e o vínculo com a vítima. Os resultados encontrados a partir da leitura dos artigos selecionados corroboram com os dados do SINAN e do IBGE. Historicamente, as mulheres são as que mais sofrem violência de gênero, principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos, de raça parda e baixa escolaridade.

Na pesquisa feita por Oliveira et al (2023), foram analisados os dados de violência contra a mulher do SINAN, referentes ao estado do Maranhão de 2011 a 2019. Durante o período analisado, foram registrados 12.275 casos de violência contra a mulher, um aumento de 455% de 2011 para 2019. Em relação ao perfil das vítimas, as mulheres pardas (72,4%), de 20 a 29 anos (31,5%) e com a 5ª a 8ª série incompletas (26,1%) foram as que mais sofreram violência. O tipo de violência mais observado foi a violência física (67,1%) e a violência psicológica (41,4%), sendo consideradas violências de repetição em 39% dos casos. 68,2% dos casos registrados ocorreram na residência da vítima. No que diz respeito aos perpetradores de violência, 30,6% fizeram uso de álcool antes ou durante a agressão, 38,9% eram parceiros íntimos ou ex-parceiros (ex-cônjuges e ex-namorados). (Oliveira et al, 2023)

Numa pesquisa semelhante, feita por Teófilo et al (2019) no município de Niterói (RJ), os resultados foram quase os mesmos. No quinquênio avaliado foram notificados 307 casos de violência contra a mulher, dos quais 29,3% eram mulheres pardas, 20,2% tinham o ensino fundamental incompleto, 52,4% das mulheres eram solteiras quando sofreram a violência, 30,3% dos casos eram violências de repetição e 29,3% tinham entre 15 e 19 anos. Em relação ao agressor, 42,6% eram responsáveis por violências físicas e se configuraram como parceiros íntimos das vítimas (cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado).

Na pesquisa feita por Santiago (2021) em quatro cidades da Paraíba (Cajazeiras, Patos, Campina Grande e João Pessoa), os resultados encontrados também são semelhantes. Foram entrevistadas 600 mulheres que passaram por violência de gênero e que foram atendidas nas Unidades de Saúde da Família da região. Dessas, 64,8% (média entre as quatro cidades) estavam na faixa etária de 30 a 60 anos, 28,6% tinham entre 18 a 29 anos. 61,7% (média entre as quatro cidades) se autodenominam pardas ou morenas (foi levado em consideração a categoria “morena” como sendo de afrodescendência). 53,6% declararam estar em relações estáveis durante a ocorrência da violência; 72,1% não concluíram o ciclo básico de educação; 60,4% não exerciam atividades remuneradas. Em relação ao tipo de violência sofrida, a mais registrada foi a violência física, seguida da violência psicológica, cometida por parceiros e ex-parceiros. (Santiago, 2021)

Os dados apresentados por Ferreira (2020) sobre os casos de violência no município de Maringá (PR) corroboram com os dados epidemiológicos dos estudos anteriores. Através da pesquisa foi possível observar que as mulheres que mais sofreram violência eram mulheres brancas (46,6%) que tinham mais que 20 anos e mais que 8 anos de estudo. Em relação ao local de ocorrência da violência, 45,2% ocorreram na residência da vítima, sendo a violência física e a violência psicológica as mais registradas. Os dados sobre o agressor fazem referência ao uso de álcool, que não foi considerado como fator de risco para ocorrência da violência no presente estudo. (Ferreira, 2020)

Esses dados perpassam os encontrados por Leite et al (2023), numa pesquisa realizada no Espírito Santo de 2011 a 2018 sobre a violência sexual contra mulheres. A frequência de notificação no estado, durante o período analisado, foi de 15,6%. Sobre o perfil das vítimas, 43,9% tinham entre 10 e 19 anos, 71,2% eram pardas, 71% dos casos ocorreram na residência da vítima e foram caracterizadas como violência de repetição (46,8%). Em relação ao agressor, 96,5% eram do sexo masculino, 76,5% tinham entre 20 e 59 anos, 37,5% eram familiares da vítima, 36,7% eram conhecidos, a suspeita de uso de álcool esteve presente em 37,6% dos casos. (Leite et al, 2023)

Na pesquisa de Delziovo et al (2017), realizada no estado de Santa Catarina entre os anos de 2008 e 2013, sobre a caracterização dos casos de violência sexual, meninas com idades entre 14 e 19 anos foram as que mais sofreram violência (47,3%), sendo predominantemente brancas, com escolaridade baixa (entre 0 e 4 anos). O âmbito domiciliar foi o principal local de ocorrência das violências (76,8%), sendo 51% violências de repetição.

Outro dado importante levantado pelo estudo foi que 4,7% das adolescentes de 15 a 19 anos apresentaram IST (Infecção sexualmente transmissível) decorrente da agressão.

A semelhança entre esses dados, em pesquisas feitas em diversas partes do Brasil, nos permite concluir que a violência de gênero tem características específicas e marcantes, sendo cometida predominantemente de homens para mulheres, através da violência física e psicológica (mas não restringido à elas) na própria residência da vítima, em sua grande maioria por parceiros e ex-parceiros. Além disso, é preciso ressaltar também a influência da raça, da escolaridade, e da idade das mulheres vítimas de violência, que, na maioria das vezes, são mulheres jovens, pardas e de baixa renda. Sendo assim, é preciso usar desses achados epidemiológicos para construir e aplicar normas e legislações que protejam as populações mais vulneráveis e mais suscetíveis a sofrerem com a violência de gênero, assim como reforçar a importância da capacitação dos profissionais e da educação continuada em saúde.

## **6.2 - Análise documental e observação participante**

### **6.2.1 - Fluxo de atendimento no SUS-DF, atuação dos profissionais de saúde**

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 20 de março de 2023, decretou a Portaria nº 108, a qual institui a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência no Distrito Federal. Em seu Art. 2º, fica decretado que a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência no Distrito Federal será composta por três níveis de atenção à saúde e de vigilância sanitária, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Os principais objetivos da rede são:

- I. Promover, monitorar e atuar na implantação e implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violências na SES-DF, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde;
- II. Organizar os serviços de saúde para redução da morbimortalidade das pessoas em situação de violência;
- III. Apoiar e acompanhar a elaboração de planos e projetos relacionados à Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violências e suas diversas diretrizes;

- IV. Promover a articulação da gestão na SES-DF, entre o nível central e as Regiões de Saúde, para implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Violências;
- V. Elaborar, implantar e implementar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica do DF;
- VI. Planejar, executar, coordenar e avaliar ações de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica, em consonância com a Linha de Cuidado e as diretrizes preconizadas;
- VII. Apoiar, orientar e monitorar o processo de trabalho das equipes dos Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica – CEPAV;
- VIII. Promover ações de Vigilância Epidemiológica, de qualificação dos profissionais dos serviços que compõem as redes de proteção nas Regiões de Saúde;
- IX. Desenvolver e estabelecer estratégias para o enfrentamento da violência em atuação conjunta com a rede intra e intersetorial nas Regiões de Saúde;
- X. Acompanhar, orientar e executar as ações de educação permanente em saúde e capacitação técnica das redes de atenção das Regiões de Saúde na temática da violência;
- XI. Elaborar e divulgar material educativo e informativo relacionado ao enfrentamento das violências nas Regiões de Saúde;
- XII. Implementar ações de apoio matricial nos serviços de saúde da SES/DF;

A criação da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência é de extrema importância para esclarecer e fortalecer os fluxos de atendimento às mulheres vítimas de violência, o qual ainda possui alguns empecilhos e falhas, mas que está caminhando para melhorar a rede de atenção em saúde do DF. Os serviços devem estar preparados para receber todos os tipos de casos, desde os casos agudos (violências pontuais) até o casos crônicos (violências de repetição), os quais podem acabar desencadeando outros problemas de saúde e problemas psicossociais.

Dessa forma, podemos dizer que a APS (Atenção Primária em Saúde) é a porta de entrada do SUS em ambos os casos, sendo assim, as Equipes de Saúde da Família (ESF), incluindo enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e entre outros profissionais,

devem estar preparados para identificar e atender todos os tipos de casos que chegam nas UBS. De acordo com Machado et al (2014),

“É de responsabilidade das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) conhecer, discutir e identificar pessoas vulneráveis à violência intrafamiliar na população adscrita, facilitando a definição de ações a serem desenvolvidas com a finalidade de intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico e viabilizar a adoção das medidas adequadas ao enfrentamento das diversas situações de violência intrafamiliar”.

Outra categoria profissional de extrema importância, de acordo com a pesquisa feita por Terra e D'Oliveira (2022), são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que estão em constante contato com os usuários de saúde da região e que podem ser os primeiros a identificar casos de violência de gênero. Na pesquisa, os ACS entrevistados relatam conseguir identificar alguns casos, principalmente os de violência física (machucados aparentes), e, pelos desabafos dos usuários, a violência psicológica (relatos de xingamentos, humilhações, ameaças, chantagens).

Entretanto, a categoria profissional com maior atuação na identificação e na notificação dos casos de violência de gênero são os enfermeiros, que acompanham os casos desde o acolhimento até o encerramento. Na pesquisa feita por Freitas et al (2017), sobre a atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher, diversos profissionais relataram que casos de violência física e psicológica são os mais comuns em seus plantões. Os mecanismos utilizados para identificação dos casos de violência foram o acolhimento humanizado, a entrevista e o exame físico, sendo relatado também dificuldade em prosseguir com a notificação dos casos, tanto por receio dos profissionais em se envolver nos casos, quanto por enfrentarem resistência por parte das vítimas em tornar a violência “pública” e assim expor o agressor.

Em uma pesquisa feita por Oliveira et al (2005), sobre o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual em dois serviços públicos, foram avaliados o acolhimento, a resolutividade, a responsabilidade sanitária e o acesso aos serviços de saúde. Em relação ao atendimento, observou-se a criação de um vínculo entre as mulheres que buscavam o serviço e a equipe multiprofissional, em que as mulheres expressavam a vontade de continuar o tratamento nos serviços. Porém, em relação a outros serviços de referência, como as delegacias, o acolhimento já não foi tão positivo, com muitas mulheres relatando terem se

sentido constrangidas ou terem suas denúncias invalidadas e desqualificadas. Já na resolutividade, os profissionais de saúde relataram dificuldades em colocar suas crenças e religiões de lado no momento de escutar e acolher as mulheres vítimas de violência sexual, ao mesmo tempo em que se encontram dispostas a continuar estudando para atender as mulheres da melhor forma possível.

A atuação dos profissionais de saúde que trabalham com o acolhimento e o atendimento de mulheres vítimas de violência é de extrema importância, tanto no que tange a notificação dos casos quanto a escuta ativa e qualificada. Segundo Cruz et al (2021), “a notificação é imprescindível para o planejamento da assistência à mulher em situação de violência”, pois assim é possível extrair informações pertinentes e contribuir para a priorização de problemas e identificar possíveis intervenções a serem feitas. Desde 2003, a notificação compulsória de casos de violência atendidos nos serviços de saúde é obrigatória em todo o Brasil, sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde a identificação e a notificação.

Ainda segundo Cruz et al (2021),

“a falta de capacitação dos profissionais é um dos elementos que contribui para a falha dos serviços de saúde e na falha no enfrentamento em rede da violência de gênero, constituindo assim, o primeiro entrave para a sua abordagem efetiva no setor”

Ou seja, diversos profissionais de saúde relataram não se sentir capacitados ou aptos para identificar, acolher e atender casos de violência de gênero, muitas vezes tendo que ir atrás de formação extra por conta própria. Para intervir e diminuir os casos de violência é necessário ter conhecimento sobre o tema e reconhecê-lo como um problema de saúde pública. Além disso, é preciso que haja investimento e repasse completo do orçamento destinado ao preparo dos profissionais de saúde, principalmente em “cursos, aperfeiçoamentos, oficinas, seminários e outras ações que visem, exclusivamente, o preparo desses profissionais para o combate à violência”. (Cruz et al, 2021)

Sendo assim, a busca pela atualização dos conhecimentos e das práticas em saúde pode se dar por meio da educação continuada em saúde (EC), um método pautado pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte de conhecimento (Peduzzi et al, 2009). É uma forma de atualização profissional

bastante comum e utilizada principalmente nas equipes de enfermagem, e, segundo Silva et al (2008),

“É uma nova estratégia para a formação e desenvolvimento das práticas educativas, devendo ser tomada como um recurso inovador para a gestão do trabalho, entendendo que o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”.

Dessa forma, visto que os conhecimentos técnicos e científicos a respeito da identificação, do acolhimento e da notificação dos casos de violência de gênero são relatados como escassos e insuficientes, se faz necessário implementar a educação continuada em saúde nas ESF, assim como nos CEPAVS (Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica).

Foi realizada uma visita ao CEPAV Flor de Lótus, localizado na Ceilândia, uma das regiões administrativas do Distrito Federal, para compreender melhor como funciona o fluxo de atendimento das mulheres vítimas de violência da região. A equipe de acolhimento é formada por três psicólogos, um assistente social, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma pediatra e uma ginecologista. O CEPAV é um serviço de portas abertas, ou seja, não é necessário passar pela UBS antes de procurar o serviço, é só agendar o atendimento.

Além disso, o atendimento pode se dar através da demanda espontânea ou da busca ativa, pelo encaminhamento de diversos setores públicos, como o Creas (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), pelas próprias UBS e UPAs, por encaminhamento das escolas e do conselho tutelar (principalmente crianças e adolescentes) ou por outros meios. O fluxo de atendimento também pode vir dos hospitais e das delegacias especializadas.

Os CEPAVs possuem diversos grupos de apoio, sendo eles: grupos para mulheres, para crianças e adolescentes, para os autores de violência (agressores), para mulheres que chegaram no serviço através da Lei Maria da Penha, para homens vítimas de violência sexual, e entre outros. Os grupos de apoio são os principais meios de acolher e atender a população que convive com os diferentes tipos de violência.

Uma das dificuldades relatadas durante a visita foi a resistência das mulheres em continuar nos grupos de apoio, seja por medo de seus agressores descobrirem e a violência

ser intensificada ou por não considerarem seus casos como prioridade (as vezes trazem os filhos para os grupos de crianças e adolescentes mas não participam de seus próprios grupos). Além disso, foi relatado também problemas de infraestrutura e de espaço para atender os usuários, assim como a falta de transporte gratuito para os moradores das cidades vizinhas (Brazlândia, Sol Nascente, Pôr do Sol, Águas Lindas, Santa Maria, Gama) que fazem acompanhamento na Ceilândia.

Outro fator importante relatado foi a falta de capacitação especializada proporcionada pelo Governo, sendo de responsabilidade dos profissionais ir atrás de cursos, seminários e palestras para atualizarem os conhecimentos técnicos e científicos. Foi relatado também que os profissionais realizam cursos mensais oferecidos pela EAPSUS (Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde) de forma voluntária. Sendo assim, podemos observar a importância da implementação da educação continuada nesses cenários, em que os próprios profissionais têm que ir atrás das capacitações. É preciso que a equipe esteja pronta e apta para atender os usuários, de forma integral, universal e igualitária.

Dessa forma, é esperado que haja a integralização das equipes multiprofissionais que realizam o atendimento das mulheres vítimas de violência e que seja realizado alguns cursos e oficinas para ampliar e aprimorar a assistência em saúde num setor que é muito frágil e sensível. Porém, segundo Silva et al (2009), para que essas ações sejam realizadas, é preciso de recursos naturais, financeiros, físicos e, sobretudo humanos, os quais muitas vezes estão em falta nos serviços públicos de saúde do Brasil. As equipes, às vezes, têm que trabalhar com falta de profissionais de determinadas áreas, falta de materiais e equipamentos, diminuição e/ou cortes de salário e de financiamento, além de, em alguns casos, não possuir um espaço próprio para realizar os atendimentos de forma individual e humanizada.

### **6.2.2 – Informação qualificada aos profissionais de saúde e o papel do sanitarista**

Ao longo do presente trabalho, pudemos observar que o acesso à informação qualificada é um dos principais problemas enfrentados pelos profissionais de saúde, que, muitas vezes, têm que ir atrás de informações e conhecimentos científicos de forma proativa. A busca por fontes confiáveis e científicas deve ser prioridade entre os profissionais, entretanto, devido ao acesso facilitado à informação via internet, é necessário distinguir as informações críveis e qualificadas das *fakes news*.

Como foi dito anteriormente, uma das formas de atualizar e expandir os conhecimentos sobre a saúde se dá por meio da educação continuada, que pode ser implementada nas equipes de saúde, em grupos de trabalho, em hospitais e em diversos outros locais. O sanitarista pode contribuir fortemente nesses espaços, pois possui um amplo conhecimento sobre diversas áreas que compõem o processo saúde-doença, porém, também deve estar em constante busca por novas informações.

A atuação do sanitarista é de extrema importância no combate à violência de gênero, pois, uma das principais formas de diminuir os casos de feminicídio e de homicídio contra mulheres é através da educação em saúde e da informação qualificada, tanto para a população quanto para os próprios profissionais de saúde. A Saúde Coletiva engloba três grandes áreas, a da Epidemiologia, a das Ciências Humanas e Sociais e da Política, Planejamento e Gestão em Saúde (Paim; Almeida Filho, 2000, p. 63), ou seja, são áreas que dão aporte para trabalhar o tema da violência de gênero em diversos âmbitos do SUS, tanto em relação às questões sociais que permeiam o tema, quanto em relação às políticas desenvolvidas para proteger as mulheres.

Sendo assim, tanto os sanitaristas quanto os outros profissionais de saúde podem contribuir na confecção, distribuição e disponibilização de materiais informativos sobre a violência de gênero, de forma clara e objetiva, e que seja de fácil compreensão para toda a população, com foco nas UBS, hospitais, CEPAVs, escolas, delegacias, rodoviárias e outros locais de grande circulação de pessoas. A inserção de temas como a violência de gênero, saúde da mulher, relação entre gênero e saúde e outros temas afins, na grade curricular do curso de Saúde Coletiva, é de grande importância para formar sanitaristas capacitados e aptos a lidar com situações relacionadas à violência contra a mulher e suas consequências sociais em todo o âmbito do SUS.

## **7. Considerações Finais**

Para concluir, podemos dizer que a violência de gênero é principalmente voltada para mulheres jovens, pardas, de baixa escolaridade e que já presenciaram outras violências anteriormente. Em relação aos perpetradores de violência, em sua grande maioria são homens, parceiros ou ex-parceiros íntimos das vítimas, e que realizaram a agressão dentro de seu próprio domicílio. Os principais tipos de violência registrados foram a violência física, a

violência psicológica e a violência sexual, sendo, na maior parte dos casos, violências de repetição.

Cabe dizer também que o campo de estudo sobre a violência de gênero ainda tem muitos avanços a fazer, principalmente no que diz respeito à educação continuada dos profissionais que lidam com os casos nos serviços de saúde. Entretanto, não podemos deixar de mencionar os avanços em relação às legislações e às políticas de enfrentamento da violência contra a mulher, como mencionado na pesquisa de Lima e Deslandes (2014), sendo as mais importantes a Lei Maria da Penha e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Sendo assim, é necessário que fortalecer as políticas públicas voltadas para a erradicação da violência contra a mulher (Cavalcanti et al, 2020), assim como criar estratégias de conscientização e prevenção voltadas tanto para o público mais jovem quanto para o público mais velho, pois, como foi observado ao longo da pesquisa, a violência de gênero pode estar presente em todos os contextos brasileiros, afetado todas as idades, raças e sexos.

## 8. Referências Bibliográficas

Almeida, Suely de S. Essa Violência mal-dita. **In: ALMEIDA, Suely de S. (Org.)**. Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2007.

Aquino, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 121-132, ago. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/yhMyCFTPLkMM8VKrHpJjTtj/?lang=pt#>

Avanci I, J. Q.; Pinto, L. W.; Assis, S. G. DE .. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2825–2840, set. 2017.

Bandeira, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, maio 2014.

Barata, RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. **In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm).

Brasil. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Secretaria de Políticas para as Mulheres - Presidência da República**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2012-pdf/10182-14-pacto-enfrentamento-violencia-contra-mulheres/file>.

Brasil. Portaria nº 108, de 20 de março de 2023. Institui a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). **Diário Oficial do Distrito Federal**. Brasília, ano LII, ed. nº 55, p. 14, 2023.

Brasil. Violência doméstica e sexual. Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 07 jun 2023.

Buss, P. M; Pellegrini Filho, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan. 2007.

Carvalho, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

Cavalcanti, G. de M. B.; De Amorim, A. V. B.; De Queiroz, G. S.; Cruz, N. M.; Costa, R. L.; Bezerra, K. F. de O. A violência contra a mulher no sistema único de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 12, p. 146–154, 2021.

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7148. Disponível em:  
<https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7148>. Acesso em: 15 nov. 2023.

Chagas, Juliana; Torres, Raquel. Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma. **EPSJV/Fiocruz**, Brasil, 2022. Disponível em:  
<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma#:~:text=A%20convoca%C3%A7%C3%A3o%20da%208%C2%AA%20CNS,aos%20previdenci%C3%A1rios%2C%20pudesse%20ser%20estendida>.

Cobo, Barbara, Cruz, Claudia e Dick, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 09 pp. 4021-4032. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>.

Cruz, Nayara Mendes et al. TRAJETÓRIAS ATUAIS DA GESTÃO DO SUS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UMA REVISÃO NARRATIVA. Brasil, 2021, v. 45, n. 2, p. 160-171. Disponível em:  
<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3397/3012>. Acesso em: 15 nov 2023.

Delziovo, C. R. et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/9J3yWXppckmWqpZMqvZ7ZcC/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em 28 nov. 2023.

Ferreira PC, Batista VC, Lino IGT, Marquete VF, Pesce GB, Marcon SS. Caracterização dos casos de violência contra mulheres. **Rev enferm UFPE on line**, Brasil, 2020. Disponível em:  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243583/34594>. Acesso em: 20 nov. 2023.

Freitas, R. J. M. et al. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 2, p. 91-97, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/946414/2585-17971-3-pb.pdf>. Acesso em 27 nov. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. **Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 85p. Disponível em:  
<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>

Leite, F. M. C. et al. Violência sexual contra mulheres: uma análise das notificações no Espírito Santo, Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2023. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/QsF3jqF9MHWB7938sBR9kVx/?lang=pt>. Acesso em 5 dez. 2023.

Lima, C. A. De .; Deslandes, S. F.. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 787–800, jul. 2014. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MBMn7yF9zwrXDsfVKBHbnPK/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em 3 dez. 2023.

LOPES, Iriny. In: SILVA, Taís Cerqueira. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República, Brasília, 2011. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy\\_of\\_acervo/outras-referencias/copy2\\_of\\_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres](https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres). Acesso em: 8 dez. 2023

Machado, J. C. et al.. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 828–840, jul. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QJspb6DwvFvzK5KdTy5k43k/?lang=en#ModalHowcite>. Acesso em 1 dez. 2023.

Magalhães, B. DE C. et al.. “EMPODEREENF”: construction of an application for nurses’ continuing education on psychological violence against women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 5, p. e20200391, 2022.

Mendes, K. D. S.; Silveira, R. C. De C. P.; Galvão, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, out. 2008.

Oliveira, E. M. De. et al.. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 376–382, jun. 2005.

Oliveira, M. G. R. et al. Mulheres violentadas: caracterização dos casos registrados no estado do Maranhão/Brasil, 2011-2019. **Revista O Mundo da Saúde**. Brasil, 2023. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1393/1354>. Acesso em 7 nov 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Violência contra as mulheres. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women> . Acesso em: 07 jun 2023

Paim, J. S.; Almeida Filho, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: **Casa da Qualidade**, 2000.023.

Paim, J. S.; Silva, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109–114, 2010. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772>. Acesso em: 24 nov. 2023.

Peduzzi, M. et al.. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 121–134, jul. 2009.

Ros, Ana Carolina Pontes. Produção e reprodução social da violência: rebatimentos da naturalização de processos violentos na sociedade capitalista. In: **ANAIS da V Jornada Internacional de políticas públicas**, 2011.

Santiago, I. M. F. L.. Violência de gênero entre usuárias do serviço de atenção básica do SUS na Paraíba. **Revista Katálysis**, v. 24, n. 2, p. 386–396, maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/WqshfBQtDdxYM7jPyqBPMpv/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 15 nov 2023.

Santos, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 13 Novembro 2023] , pp. 1729-1736. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.

Schienbinger L. O feminismo mudou a ciência? Bauru: **EDUSC**; 2001. p. 32. Disponível em: <https://bibliotecaonlinedahisfj.files.wordpress.com/2015/03/schienbinger-2001.pdf> . Acesso em 15 de novembro de 2023

Silva, G. M. Da .; Seiffert, O. M. L. B.. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 362–366, maio 2009.

Silva, Lídia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 2, p. 331-342, jun. 2016.

Silva, Milena & Conceição, Fabiana & Leite, Maria. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. Jan. 2009.

Souza, Renilson Rehem de. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO. **Seminário Internacional, Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf).

Teofilo, M. M. A. et al.. Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 437–447, out. 2019.

Terra, M. F.; D'Oliveira, A. F. P. L. Análise das trajetórias assistenciais ofertadas às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde em Redes**, v. 8, n. 3 (2022). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3681>. Acesso em 8 nov 2023.