



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

HELOÍSA FERREIRA NEVES

O SUS NO COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER
Desvelando as Políticas de Saúde no Distrito Federal

Brasília - DF

2025

HELOÍSA FERREIRA NEVES

O SUS NO COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER
Desvelando as Políticas de Saúde no Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Departamento de
Serviço Social como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel

Orientadora: Profa. Liliam dos Reis Souza
Santos

Brasília – DF

2025

HELOÍSA FERREIRA NEVES

**O SUS NO COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: Desvelando as Políticas
de Saúde no Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Departamento de
Serviço Social como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel.

Data da aprovação: 03/12/2025

Liliam dos Reis Souza Santos - Orientadora
Doutora em Política Social – PPGPS/UNB
Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Anabelle Carrilho da Costa – avaliadora interna

Doutora em Política Social – PPGPS/UNB

Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

(Fernanda Andrade - Membro externa – Assistente Social do Centro de Especialidades para a
Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV)
Girassol)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todos que me ajudaram
ao longo da minha caminhada, à comunidade
acadêmica e à todas as mulheres que já
tiveram seus direitos violados.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que foram essenciais para a conclusão desta jornada acadêmica.

Em primeiro lugar, agradeço a oportunidade de ter ocupado a Universidade de Brasília como mulher, periférica e estudante trabalhadora. Enquanto a instituição, por vezes, gritava pelo não pertencimento, eu resisti, pertenci e ocupei este espaço.

Agradeço à minha mãe, Cintia, por ser a fonte de todo amor e toda a força que jazem em mim e me fazem persistir e resistir. Seu apoio é fundamental em minha jornada. Ao meu companheiro, Fábio Luccas, meu mais sincero obrigado por ter sido o meu alicerce nos últimos anos, sempre me incentivando e não permitindo que eu desistisse nos momentos mais desafiadores

Ao meu avô, José Alcides, que desde a minha infância me impulsionou e me fez acreditar na possibilidade de alcançar novos horizontes. À minha irmã Mariana e a toda a minha família, que sempre acreditaram e torceram por mim.

Ao meu pai, Romildo, que sempre me incentivou a seguir os estudos e, mesmo à distância, nunca deixou de vibrar e torcer por mim.

Aos meus amigos Maria Eduarda, Sarah, Jhonnata e Daniel, que me fortaleceram quando pensei em desistir, meu muito obrigada. À Ronielem, uma amiga de longa data que sonhou com este momento ao meu lado, levo comigo sua lembrança.

À toda a equipe da SUAP da Defensoria Pública do DF, que se tornou queridos amigos e companheiros nessa trajetória, sempre acreditando na produção deste trabalho.

Um agradecimento especial à equipe do CEPAV Girassol, Fernanda, Mariana e Márcia, cujos ensinamentos nos detalhes do cotidiano foram de extrema importância para a minha permanência na universidade.

Agradeço à minha orientadora, Liliam, por toda a paciência, dedicação e orientação fundamentais para a produção deste trabalho.

Meu agradecimento também se dirige à Professora Anabelle, cujos ensinamentos e a sólida base construída em sala de aula foram uma grande contribuição para este trabalho, assim como sua disponibilidade para avaliação.

Deixo um agradecimento especial à querida Fernanda, que tanto agregou à minha formação acadêmica e profissional no cotidiano do CEPAV Girassol e que também gentilmente aceitou participar da banca avaliadora.

A cada um de vocês, meu eterno obrigada.

EPÍGRAFE

“Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância, já que viver é ser livre.” (Simone de Beauvoir)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo investigar as ações socioassistenciais e as medidas de enfrentamento à violência contra a mulher no âmbito da política de saúde, com foco no Distrito Federal. A questão norteadora é: como se estruturam as ações de combate à violência de gênero no SUS e quais os limites e possibilidades dessas políticas no DF?

A pesquisa fundamenta-se no método materialista histórico-dialético de Karl Marx, o qual permite analisar o objeto de estudo em seu movimento histórico, suas contradições e sua totalidade, abstraindo suas determinações a partir da concreticidade posta.

Assim, discute-se a relação entre gênero, patriarcado e a posição da mulher na sociedade de classes, destacando como essas dinâmicas se manifestam no contexto brasileiro. Aborda a violência contra a mulher como um processo histórico-social aprofundando e multifacetado no capitalismo, reproduzindo desigualdades de gênero, classe e raça. No Brasil, marcado pela herança colonial e escravocrata, essa violência permanece como elemento constitutivo das relações sociais, atingindo especialmente mulheres negras e pobres. Em seguida, analisa-se a violência contra a mulher no Brasil, com atenção especial ao Distrito Federal, bem como as políticas públicas de saúde voltadas ao enfrentamento dessa problemática.

Constata-se que o SUS, reconhece a violência contra a mulher como questão de saúde pública e oferece atendimento especializado às vítimas. Contudo, persistem limites estruturais e desafios relacionados à efetividade das políticas e à insuficiência de serviços especializados.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; SUS; Serviço Social; Feminismo;

ABSTRACT

Violence against women is a historical-social phenomenon structured by patriarchy and capitalism, reproducing inequalities of gender, class, and race. In Brazil, marked by its colonial and slaveholding legacy, this violence remains a constitutive element of social relations, particularly affecting Black and poor women. The present study aims to investigate social assistance actions and measures to confront violence against women within the scope of health policy, with a focus on the Federal District. The guiding question is: how are actions to combat gender-based violence structured within the SUS, and what are the limits and possibilities of these policies in the Federal District?

The research is grounded in Karl Marx's historical-dialectical materialist method, which allows for the analysis of the object of study in its historical movement, contradictions, and totality, abstracting its determinations from the concrete reality.

Thus, the discussion addresses the relationship between gender, patriarchy, and the position of women in class society, highlighting how these dynamics manifest in the Brazilian context. Subsequently, violence against women in Brazil is analyzed, with special attention to the Federal District, as well as public health policies aimed at confronting this issue.

Keywords: Violence against Women; Brazilian Unified Health System (SUS); Social Work;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Articulação de Mulheres Brasileira
APS	Atenção Primária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAV	Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTMHF	Câmara Técnica de Monitoramento de Homicídios e Feminicídios
DEAMS	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GCD-RAV	Grupo Condutor Distrital da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência
IML	Instituto Médico Legal
IPEDF	Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal
MMM	Marcha Mundial de Mulheres
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDAD-A	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio Ampliada
PDPM	Plano Distrital de Políticas para as Mulheres
PIA	População em Idade Ativa
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para Mulheres
PNRMA	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAV	Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência
SMDF	Secretaria de Estado da Mulher do Distrito Federal

SPM Secretaria de Políticas para as Mulheres

SUS Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO	3
<i>1.1 JUSTIFICATIVA</i>	7
2 OBJETIVOS	7
<i>Investigar as ações socioassistenciais e as medidas de enfrentamento e combate à violência contra a mulher na política social de saúde na particularidade do Distrito Federal;</i>	7
3 METODOLOGIA	8
Capítulo I: CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL	10
<i>1.1 Gênero e o Patriarcado</i>	11
<i>1.2 A mulher na sociedade capitalista</i>	13
<i>1.3 A posição da mulher no capitalismo dependente – no caso do Brasil</i>	17
CAPÍTULO II – A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL	24
<i>2.1 A violência contra a mulher</i>	24
<i>2.2 A violência contra a mulher no Brasil</i>	27
<i>2.3 A violência Contra a Mulher no Distrito Federal</i>	35
CAPÍTULO III: SUS E POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	39
<i>3.1 O SUS e as políticas de saúde de atenção à mulher no Brasil</i>	39
<i>3.2 A violência como questão de saúde pública. Feminismo e marcos do combate à violência contra a mulher no sus em âmbito nacional</i>	45
<i>3.3 Sus e combate à violência contra a mulher no Distrito Federal</i>	53
CAPÍTULO IV - O CEPAV GIRASSOL: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64

1 INTRODUÇÃO

A violência acompanha a sociedade desde as primeiras civilizações, não se limitando a experiências individuais, mas presente em diversas esferas, familiares, cotidianas, políticas, culturais e de trabalho, assumindo formas variadas conforme o contexto histórico. Ela atua como instrumento de controle, opressão e manutenção do poder, sendo uma categoria orgânica inscrita no desenvolvimento histórico-social.

Na sociedade contemporânea capitalista, marcada pela propriedade privada, exploração do trabalho e mercantilização das relações humanas, a violência se reproduz estruturalmente, incidindo sobre as relações de gênero, classe e raça.

Embora a discussão sobre violência seja ampla, a temática do presente trabalho circunscreve-se à violência contra a mulher e ao enfrentamento dessa demanda no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A violência contra a mulher é uma das principais expressões da violência de gênero, cujas raízes se encontram no processo histórico de constituição das sociedades, assim, ela é uma manifestação histórica das relações desiguais entre homens e mulheres, onde a mulher é subjugada ao homem.

Essa relação desigual de gênero pode ser observada em diversas sociedades e em diversos contextos sócio-históricos, onde “homens” e “mulheres” possuem papéis socialmente definidos, sendo o homem o dominante, o chefe do lar ou do segmento específico e a mulher a auxiliadora, a dominada.

Destas construções sociais, tem vigorado o patriarcado, sistema que estabelece dispositivos para a manutenção da hierarquia entre o homem e a mulher, utilizando do poder e da solidariedade masculina para a dominação das mulheres através de mecanismos, políticos, culturais, sociais e, por fim, da violência. Esses mecanismos envolvem não só uma dominação da via privada e pública da vida da mulher, mas envolve para além disso o controle sobre os corpos femininos, sobre o seu desenvolvimento e sobre a sua subjetividade.

No sistema capitalista, o modo de produção vigente incorpora e intensifica mecanismos de dominação e controle sobre a mulher, utilizando-os para a reprodução da força de trabalho por meio do papel do cuidado e da superexploração dessa categoria dentro da

força produtiva. Nesse contexto, as mulheres são frequentemente destinadas a tarefas e trabalhos mais desfavoráveis e insalubres em comparação aos realizados pelos homens.

A articulação entre capitalismo e patriarcado reforçam a dominação do Capital e a subordinação da mulher. A divisão sexual do trabalho, nesse sentido, emerge como reflexo das relações de gênero estruturadas pelo modo de produção capitalista, em que até mesmo o trabalho é sexuado, ou seja, mediado por relações de poder desiguais.

Assim, a divisão sexual do trabalho encontra-se intrinsecamente vinculada à desigualdade de gênero, legitimando estruturas de dominação que colocam as mulheres em posição de desvantagem no mercado de trabalho, nas relações sociais e nas instituições.

A violência contra a mulher nesse contexto torna-se um fenômeno que se manifesta com novas configurações e torna-se estruturante das relações sociais e do modo de vida. Analisar essa dinâmica necessita de um campo concreto, portanto o espaço para analisar esses processos sócio-históricos será delimitado ao Brasil.

O Brasil, enquanto país constituído sob a lógica do capitalismo dependente, incorpora contradições próprias, marcadas por suas especificidades históricas — entre elas, a herança colonial e escravocrata. Essa herança introduziu a violência, em todas as suas formas, como elemento central na constituição das relações sociais no país.

Durante o período colonial, mulheres negras e indígenas foram diretamente afetadas pela escravidão. Sobre elas recaíram múltiplas formas de exploração: não apenas como força de trabalho escravizada, mas também por meio da violência física e sexual, da desumanização e da animalização de seus corpos.

A colonialidade, portanto, continua operando na sociedade brasileira contemporânea, mantendo principalmente as mulheres negras em condição de subalternidade. Essa estrutura perpetua a hierarquização entre homens e mulheres, excluindo essas mulheres do pleno exercício da cidadania e sujeitando-as a diversas formas de violência enraizadas no tecido social do país.

Assim, a violência contra a mulher permaneceu como um elemento constitutivo das relações sociais, atingindo de forma ainda mais intensa as mulheres negras e pobres. Dessa forma, perpetuam-se os signos da colonização e do patriarcado, que continuam a moldar as dinâmicas sociais e a reproduzir desigualdades estruturais.

Embora haja a presença de mulheres em marcos sócio-históricos na sociedade brasileira, por muito tempo essa categoria foi privada de direitos sociais e foram excluídas da

vida pública e política. A visibilidade da violência de gênero ganhou força a partir do reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos, ampliando o debate sobre a desigualdade.

Foi, contudo, com a Constituição de 1988 e o fortalecimento dos movimentos sociais que a luta feminina alcançou maior densidade política, tendo na Lei Maria da Penha um marco decisivo ao reconhecer a violência contra a mulher como problema estrutural e grave violação de direitos humanos. Desde então, o tema passou a ocupar posição central nos debates públicos e nas políticas sociais no Brasil.

No entanto, a violência contra a mulher, em todas as suas tipificações, tem apresentado crescimento significativo nas últimas décadas. Nos últimos anos, o avanço do conservadorismo, intensificado a partir do golpe de 2016 e consolidado no bolsonarismo, trouxe consigo a reatualização de discursos de ódio contra minorias sociais, o culto à violência e a naturalização da opressão sobre as populações mais vulneráveis.

O fortalecimento do neoliberalismo expressa-se em sua face violenta no contexto brasileiro, conformando um terreno sócio-histórico que incide diretamente no aumento das desigualdades sociais e de gênero, simbolizado pelo crescimento gradativo da violência contra a mulher.

No Brasil, a pandemia da Covid-19 foi marcada pelo isolamento social, pelo aumento do desemprego, pelo aprofundamento das vulnerabilidades sociais e pelo agravamento de questões relacionadas à saúde mental. Esses elementos constituíram um terreno propício para a intensificação da violência contra a mulher no país.

No Distrito Federal, região marcada por profundas desigualdades sociais, a violência contra a mulher apresentou aumento expressivo, agravado pelo crescimento dos casos de feminicídio. Durante o período pandêmico, a violência doméstica foi a de maior incidência. Além disso, segundo pesquisa do DataSenado, o Disque 100 registrou o maior número de denúncias dos últimos anos.

Contudo, a intensificação da violência contra a mulher não se restringiu ao período da Covid-19, apresentando crescimento gradativo também no contexto pós-pandêmico. O aumento dos casos de feminicídio no DF configura-se como expressão da perpetuação e do agravamento da violência de gênero nas relações sociais da região.

Esse quadro torna-se ainda mais complexo ao observar, no Brasil, a existência de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher. No país, os avanços

no enfrentamento da violência contra a mulher incluem a criação da Lei Maria da Penha (2006), que estabeleceu mecanismos de proteção às vítimas e punição aos agressores, além disso, outros avanços possuem destaque como a implementação de serviços especializados como delegacias, casas-abrigo, centros de referência, serviços de saúde voltados para o atendimento das vítimas de violência sexual e o reconhecimento do feminicídio como crime, ampliando a proteção jurídica e social às mulheres.

No âmbito da saúde, a prevenção da violência envolve protocolos de atendimento, notificação obrigatória de casos, centros de referência especializados, capacitação de profissionais, campanhas de conscientização, linhas de apoio e ações de promoção da saúde mental, garantindo acolhimento integral e prevenção. O que evidencia uma dimensão de intersetorialidade entre políticas no enfrentamento desse processo de violência.

Uma das principais medidas nesse campo, foi a instauração da Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019, que reestruturou o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências (PAV), transformando-o nos Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) dentro da rede de Atenção Secundária à Saúde do Distrito Federal.

O CEPAV, serviço especializado no atendimento de mulheres vítimas de violência no Distrito Federal, constitui-se em objeto de análise relevante, permitindo avaliar sua atuação, subsidiar reflexões e propor debates que possam fortalecer e expandir essa política em âmbito nacional, reforçando a integralidade do atendimento às vítimas.

Apesar dos avanços no campo das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, os indicadores de violência permanecem em crescimento. Diante desse contexto, elenca-se como objeto desta pesquisa a violência contra a mulher e as ações voltadas ao seu enfrentamento no âmbito da política social de saúde, buscando responder algumas questões fundamentais: como se estruturam as ações socioassistenciais de combate à violência contra a mulher no âmbito da política de saúde no DF? Quais têm sido os limites e possibilidades destas ações vinculadas à saúde no enfrentamento da violência contra a mulher no DF?

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema desta pesquisa decorre de experiências de estágio obrigatório vivenciadas no CEPAV Girassol, em 2024, período marcado pelo aumento das demandas relacionadas à violência no contexto pós-pandêmico, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa experiência possibilitou perceber a intensificação dos casos de violência e compreender a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Serviço Social no enfrentamento dessa problemática.

O feminicídio de Sílvia Maria, assistente social no CREAS Noroeste constituiu um marco decisivo para a definição do objeto de estudo, evidenciando a violência de gênero no Brasil e reforçando que essa violência atravessa a vida de mulheres de diferentes classes sociais, raças, etnias e níveis de escolaridade.

Diante desse contexto, a temática “O SUS no combate à violência contra a mulher” revela-se relevante por investigar o papel do SUS no enfrentamento da violência contra a mulher, ampliando o debate para além da assistência social e desvelando os limites e possibilidades do diálogo intersetorial com outras políticas públicas, de forma complementar e integrada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as ações socioassistenciais e as medidas de enfrentamento e combate à violência contra a mulher na política social de saúde na particularidade do Distrito Federal;

2.2 Objetivos Específicos

I - Contextualizar a violência contra a mulher no âmbito das relações sociais e na particularidade brasileira

II- Compreender a violência contra a mulher como uma demanda de saúde pública, desvelar como se estruturaram medidas de combate a esse perfil de violência nessa política.

III- Investigar o funcionamento e as ações desenvolvidas pelo Centro de Prevenção à Violência (CEPAV) além de compreender o papel do Serviço Social no atendimento às mulheres em situação de violência dentro desse serviço.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho tem por objetivo desvelar como se dá o combate à violência contra a mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando o funcionamento do Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência (CEPAV Girassol) no Distrito Federal no contexto pós-pandêmico, bem como o papel do Serviço Social nesse espaço.

Foi escolhido como método de pesquisa o materialismo histórico-dialético de Karl Marx. Esse método não possui um conjunto de regras que se aplica ao objeto de investigação, mas possui como eixo condutor o movimento do objeto na história, as suas contradições e a sua totalidade, para que através da perspectiva do sujeito acerca da concreticidade posta, sejam abstraídas as determinações.

E para operar esta reprodução, ele tratou de ser fiel ao objeto: é a estrutura e a dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador. O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações (Netto, 2011, p 53.)

Ademais, esse trabalho configura-se como uma pesquisa de natureza documental e bibliográfica. A escolha dessa abordagem fundamenta-se na necessidade de aprofundar conceitos e definições acerca da violência contra a mulher e de compreender suas manifestações na sociedade capitalista, bem como a articulação desse fenômeno com o Sistema Único de Saúde (SUS), considerando suas diretrizes e atribuições.

A pesquisa busca estabelecer o nexo entre essas dimensões, avançando para além de uma investigação teórica e permitindo o desvelamento da temática de forma integrada ao contexto sócio-histórico e social. Para tanto, este estudo será fundamentado em pesquisa bibliográfica e documental, com utilização de livros, documentos produzidos entre 2021 e os dias atuais, bem como artigos científicos, notícias e demais produções que abordem a violência contra a mulher em sua relação com a saúde e o SUS.

Para o tratamento dos dados, optou-se pela abordagem qualiquantitativa, considerando a complexidade e a amplitude do tema. A integração das perspectivas qualitativa e quantitativa possibilita uma análise abrangente da violência contra a mulher e de

sua inserção nos serviços do SUS, especialmente no contexto pós-pandêmico do Distrito Federal.

A dimensão quantitativa permite identificar padrões, frequências e dados estatísticos relevantes acerca da problemática e do atendimento prestado pelo Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência (CEPAV).

Já a dimensão qualitativa possibilita compreender de maneira aprofundada as experiências das mulheres vítimas de violência, bem como as vivências das atendidas pelo CEPAV e o papel desempenhado pelo Serviço Social nesse contexto. Essa integração metodológica é fundamental para captar tanto os aspectos objetivos quanto os subjetivos envolvidos na temática investigada.

Para subsidiar a pesquisa, foi realizado o estado da arte do objeto em plataformas como CAPES Periódicos, CAPES Catálogo de Teses e Dissertações e SciELO, abrangendo as grandes áreas do conhecimento, como Ciências Humanas e Ciências Sociais Aplicadas, além do Serviço Social como área específica.

A análise das plataformas CAPES Periódicos, Catálogo de Teses e Dissertações e SciELO revelou significativa produção acadêmica sobre violência contra a mulher no Brasil, com centenas de trabalhos publicados entre 2021 e 2023. Entretanto, ao utilizar descritores mais específicos, como a relação da violência com o SUS, CEPAV ou programas de atenção à violência, o número de registros caiu drasticamente, demonstrando a escassez de estudos que abordem essas interfaces, especialmente quando filtrados pela área do Serviço Social.

Além disso, buscas direcionadas ao contexto do Distrito Federal mostraram resultados ainda mais restritos, indicando a inexistência de pesquisas que explorem a atuação de serviços especializados na região. Esses dados evidenciam a lacuna existente na literatura sobre a relação entre a violência contra a mulher e o SUS, reforçando a relevância científica da presente pesquisa ao propor uma análise aprofundada do enfrentamento da violência contra a mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O capítulo um, contextualizando a violência contra a mulher no Brasil apresenta uma reflexão sobre a historicidade da violência de gênero, situando-a como fenômeno estrutural das relações sociais. Nesse capítulo, são discutidas as categorias de gênero e patriarcado, evidenciando como se consolidaram ao longo do tempo e como se articulam ao modo de produção capitalista, reforçando a subordinação feminina. Além disso, aborda-se a herança colonial e escravocrata que perpetua desigualdades, especialmente contra mulheres negras e

pobres, bem como os avanços normativos, como a Constituição de 1988 e a Lei Maria da Penha, contrapostos ao crescimento da violência no contexto contemporâneo.

O capítulo dois explicita o conceito de violência contra a mulher e se debruça sobre como esse fenômeno se apresenta historicamente e socialmente no Brasil e no Distrito Federal.

O capítulo três, desvela a inserção da temática no campo das políticas de saúde, destacando que a violência não se restringe a uma única política social, mas constitui grave problema de saúde pública, desdobra-se sobre a estrutura das políticas e serviços de saúde voltados para o combate à violência contra à mulher.

O capítulo quatro, aborda a contribuição do CEPAV Girassol no Distrito Federal, dedica-se assim à análise do serviço criado para atender de forma especializada mulheres vítimas de violência. São descritas suas práticas de acolhimento individual e coletivo, estratégias de orientação e acompanhamento, bem como os limites enfrentados, como a escassez de recursos, a alta demanda e a necessidade de maior articulação com outras políticas públicas. Além disso, é discutido o papel do Serviço Social no enfrentamento da violência e a sua atuação no âmbito do CEPAV, ressaltando sua função de mediação no acesso a direitos e de acolhimento às mulheres em situação de violência. O capítulo destaca a importância da prática profissional fundamentada na defesa dos direitos humanos e na perspectiva crítica, ao mesmo tempo em que aponta os desafios impostos pela precarização das políticas sociais e pelo avanço de discursos conservadores.

Capítulo I: CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL

1.1 Gênero e o Patriarcado

A abordagem desta pesquisa parte da categoria analítica de gênero, dada a sua centralidade para a compreensão do fenômeno investigado, a violência contra a mulher. Reconhecendo que o conceito de gênero é construído a partir de diferentes perspectivas teóricas, o presente trabalho adota a premissa de que a discussão sobre a violência contra a

mulher é indissociável de uma compreensão, ainda que introdutória, deste conceito e da sua materialização nas relações sociais

Dessa maneira, o conceito de gênero utilizado no presente trabalho refere-se a uma construção social e histórica, existente na sociedade desde a sua gênese e coexistindo organicamente com o desenvolvimento das relações sociais. “O gênero é a construção social do masculino e do feminino” (Saffioti, 2015, p. 46).

Nas relações sociais, observam-se distinções entre homens e mulheres, as quais se manifestam tanto no âmbito privado quanto no âmbito público da vida dos indivíduos. Essas distinções se expressam nos contextos doméstico, cultural, social, político e laboral. São diferenças tão numerosas e complexas que se tende a naturalizar os papéis sociais, como se fossem designados pela própria natureza: ser homem e ser mulher, com todas as suas características, é visto como algo natural.

Nesse sentido, o conceito de gênero aqui utilizado emerge como categoria ontológica capaz de revelar os fundamentos reais dessas relações. Parte-se do pressuposto de que “ser mulher” e “ser homem” são construções sociais bem articuladas e desenvolvidas ao longo da constituição das civilizações.

Através dessa perspectiva sobre gênero, pode-se concluir que a constituição do ser “homem” e do ser “mulher” não possui um essencialismo biológico, explicada pela natureza, mas fundamenta-se na relação orgânica dos sexos com contextos sócio-históricos e culturais determinados. Para Saffiot (2015) sexo e gênero formam assim, uma unidade, uma vez que não existe uma sexualidade biológica independente do contexto social em que é inserida.

Deste ângulo, o gênero inscreve-se no plano da história, embora não possa jamais ser visto de forma definitivamente separada do sexo, na medida em que também está inscrito na natureza. Ambos fazem parte desta totalidade aberta, que engloba natureza e ser social. Corpo e psique, por conseguinte, constituem uma unidade” (Saffiot, 2015, p. 148).

É importante salientar que o conceito de gênero é fundamental para compreender as relações existentes entre o “homem” e a “mulher” uma vez que ao longo da história ele se constituiu como elemento constitutivo da dominação e exploração da mulher pelo homem.

Essa dominação da mulher torna-se elemento constitutivo das relações sociais através do estabelecimento do patriarcado. O patriarcado é amplamente concebido como um sistema de opressão à mulher e de valorização ao homem, onde este torna-se detentor de poder

suficiente para dominar-explorar. Assim, “patriarcado, que, como o próprio nome indica, é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens”. (Saffiot, 2015, p.45)

No entanto, é importante destacar que o sistema patriarcal, tal como se apresenta na atualidade, não existiu desde sempre. Houve períodos históricos em que, ao contrário do que é amplamente difundido por determinadas religiões e correntes de pensamento, a mulher ocupava um papel central nas estruturas sociais. Nessas sociedades, as relações eram organizadas de forma matrilinear ou matrifocal, conferindo à mulher autoridade sobre aspectos familiares, econômicos e culturais.

Segundo Engels (1984), nas sociedades primitivas, a organização familiar baseava-se em formas como a poliandria e os matrimônios grupais, onde a maternidade, sendo inquestionável, estabelecia a mulher como a referência principal para a descendência. Dessa forma, vigorava um sistema de filiação matrilinear, que determinava a linhagem e a herança pela via materna, conferindo à mulher uma posição central e de prestígio nas relações sociais, contrariando a noção de uma condição feminina originariamente subjugada.

Uma das idéias mais absurdas que nos transmitiu a filosofia do século XVII é a de que na origem da sociedade a mulher foi escrava do homem. Entre todos os selvagens e em todas as tribos que se encontram nas fases inferior, média e até (em parte) superior da barbárie, a mulher não só é livre como, também, muito considerada. (Engels, 1984, p.50)

Segundo Engels (1984) essa configuração perdurou durante milhares de anos e se rompeu com o advento da escravidão e da propriedade privada. Nesse novo cenário, o homem passou a assumir funções produtivas mais amplas. Em casos de dissolução matrimonial, o homem podia se retirar levando consigo os bens acumulados por meio de seu trabalho.

É importante mencionar essa alteração nas relações sociais ao longo da história pois foi a partir desse momento que o patriarcado começa a ser moldado. Com a valorização do homem através do acúmulo de riquezas, estes passaram a alterar o sistema familiar de modo que a paternidade se torna privilegiada e as heranças passam a ser transferidas pela filiação paterna.

Esse processo histórico é descrito como “a grande derrota histórica do sexo feminino em todo o mundo”, momento em que o homem assume a direção da casa e a mulher é

relegada à condição de servidora, instrumento de reprodução e objeto da luxúria masculina. (Engels, 1984, p. 61).

Ergue-se assim uma nova estrutura social patriarcal, baseado na dominação do patriarca sobre a mulher e a família, fazendo emergir modos de controle de forma que a hereditariedade masculina seja conservada. “Para assegurar a fidelidade da mulher e, por conseguinte, a paternidade dos filhos, aquela é entregue, sem reservas, ao poder do homem: quando este a mata, não faz mais do que exercer o seu direito”. (Engels, 1984, p. 62).

O patriarcado, portanto, oferece as condições necessárias para a formação de uma família antinatural, uma família formada e guiada por condições econômicas e pautadas na propriedade privada. Entender esses elementos é necessário para que se desvele o papel socialmente construído da mulher e da família, bem como das formas de se relacionar.

Desse modo, patriarcado e gênero articulam-se de forma orgânica, operando não apenas na dominação e exploração da mulher, mas também na legitimação sistemática do controle sobre sua sexualidade e seu corpo. Tal dinâmica revela uma dupla dimensão de opressão: por um lado, a exploração do feminino na divisão social do trabalho; por outro, a violação da subjetividade que constitui o ser mulher.

1.2 A mulher na sociedade capitalista

A formação da sociedade capitalista está alicerçada na emergência de uma estrutura de classes sociais antagônicas. Neste modo de produção, a sociedade segmenta-se fundamentalmente entre a classe burguesa, que detém a propriedade privada dos meios de produção, e a classe proletária, destituída dessa propriedade e obrigada a vender sua força de trabalho para sobreviver. Essa relação de classe é a base de uma organização social profundamente desigual, na qual a riqueza socialmente produzida é apropriada de maneira concentrada pela burguesia.

Com efeito, desde a constituição da base urbano-industrial da sociedade capitalista, o que tem resultado da acumulação é, simultaneamente, um enorme crescimento da riqueza social e um igualmente enorme crescimento da pobreza. Da dinâmica do modo de produção capitalista – ou, se se quiser, da sua lógica – resulta que o avanço da acumulação polarize, de um lado, uma gigantesca massa de valores e, de outro, uma imensa concentração de pobreza. (Netto, 2021, p.103)

Nesse contexto, o funcionamento do capitalismo opera por meio da extração da mais-valia, definida como a expropriação do valor excedente criado pelo trabalhador.

Associado a isso, a superexploração do trabalho e disseminação da alienação da classe trabalhadora, conformam, de modo geral, o modo de produção capitalista o qual incidirá diretamente na constituição das relações sociais produzidas.

“Por isso mesmo, a produção capitalista não é tão somente produção e reprodução de mercadorias e de mais-valia: é produção e reprodução de relações sociais”. (Netto, 2021, p. 102).

Assim, ao passo que a burguesia altera o modo de produção, ela altera também a estrutura social e, portanto, as relações sociais. As estruturas sociais conformadas por séculos e assim bem conservadas passam a ser transformadas regularmente de acordo com as necessidades da produção pungente.

Diante dessa dinâmica, faz-se imprescindível desvelar a posição da mulher nessa nova sociedade que emerge. A nova sociedade de classes não supera o patriarcado, ao contrário, esses dois sistemas articulam-se organicamente de modo a instituir sobre a mulher uma nova configuração no modo de dominação-exploração exercido pelo homem.

No sistema de produção capitalista, a mulher, através do papel socialmente construído e disseminado pelo patriarcado como “cuidadora do lar” e da “família” exerce dentro das relações sociais capitalistas a função de reprodução da força de trabalho, uma vez que o trabalho doméstico feminino propicia a manutenção da classe operária.

Todavia, é preciso não esquecer que entre um sistema produtivo de bens e serviços e a marginalização de uma categoria de sexo em relação a ele, medeia a estrutura familiar na qual a mulher desempenha suas funções naturais e mais a de trabalhadora doméstica e socializadora dos filhos. (Saffioti, 2013, p.124)

Não obstante, consolidou-se uma divisão sexual do trabalho que hierarquizou as posições sociais, onde além do espaço privilegiado do homem na esfera produtiva e a designação da mulher na reprodução da força de trabalho houve também a inserção da mulher subalterna no mundo produtivo, onde frequentemente ocupa as atividades mais precarizadas e periféricas no interior da força de trabalho.

A inserção da mulher no mundo produtivo não garantiu para essa categoria direitos que conferissem à mulher a superação do regime de dominação-exploração a qual estavam inseridas, tão pouco elevou-as em mínima igualdade em relação aos homens.

Segundo (Saffioti, 2013) a sociedade de classe intensificou as diferenças existentes entre os sexos, consolidando “costumes” de inferiorização social da mulher e no que tange os

avanços dos direitos dessa categoria: “as leis davam a esta última tão somente a liberdade imprescindível para que ela pudesse vender livremente sua força e trabalho”. (Saffiot, 2013, p. 160)

O avanço nos direitos das mulheres não ocorreu de forma linear nem automática, mas foi impulsionado pela luta feminista organizada, que se manifesta em diferentes momentos históricos da sociedade capitalista. Essa luta feminina enfrentou diversos desafios a começar pela apropriação da consciência da mulher como sujeito de direito, uma vez que a alienação pungente na sociedade capitalista é ainda mais intensificada pelo patriarcado através da sua dominação ideológica.

A formação da consciência na sociedade capitalista é atravessada por relações de alienação e pela ideologia dominante que dificultam o desenvolvimento da consciência revolucionária, desenvolvida na militância coletiva voltada para a transformação social. Na particularidade das mulheres, esse processo é mais difícil por estarem envolvidas em relações patriarcais de dominação, apropriação e exploração advindas, fundamentalmente, da divisão sexual do trabalho que, associadas a uma ideologia de uma suposta natureza feminina, as constitui como submissas, subservientes, passivas e apolíticas. (Cisne, 2013, p.138)

Nesse sentido, os avanços referentes aos direitos das mulheres concebidos ao longo da história da sociedade capitalista foram possíveis devido a construção de uma “consciência militante feminista” (Cisne 2013) que possibilitou a emancipação da mulher no âmbito ideológico conferindo-lhe reivindicar espaço nas lutas sociais bem como nas lutas voltadas para a igualdade entre os sexos.

Quando falamos, portanto, em consciência militante feminista, referimo-nos primeiramente, a percepção da mulher como sujeito individual, o que exige a ruptura com as mais variadas formas de apropriação e alienações dela decorrentes, especialmente, a ruptura com a naturalização da subalternidade que lhe é socialmente atribuída. Apenas assim, podemos chegar a dimensão coletiva da consciência militante que, para nós, é expressa na formação de movimentos de mulheres. (Cisne, 2013, p. 277)

As primeiras lutas por direitos das mulheres emergiram vinculadas ao advento do capitalismo industrial e a períodos de significativa transformação sociopolítica.

No contexto da Revolução Francesa, século XVIII, as mulheres começaram a se organizar para reivindicar direitos que transcendessem a esfera doméstica. Suas demandas incluíam o direito ao trabalho, à educação, ao voto (sufrágio), ao amor livre e ao divórcio, além da chamada "maternidade livre" e do reconhecimento de sua identidade e liberdade

como seres humanos. Sua atuação foi marcante não apenas nesse evento, mas também nas lutas da Revolução Industrial e nos movimentos abolicionistas.

Participando da Revolução Francesa, tentam conquistar para si liberdades que a nova sociedade conferiria aos homens. Em 1789, Olympe de Gouges imprime às reivindicações femininas um caráter eminentemente político: propõe a Declaração dos Direitos da Mulher, análoga à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, votada pela Assembleia Constituinte francesa no mesmo ano. (Saffiot, 2013, p.161).

Em relação ao Movimento Sufragista, Cisne (2013) expõe que as manifestações feministas passaram a adquirir maior organicidade, destacadamente em torno da campanha pela reivindicação dos direitos políticos para as mulheres poderem votar e serem votadas. Este é o surgimento do "movimento sufragista", convencionalmente chamado de primeira onda do feminismo. “Ao longo de sua trajetória histórica, o movimento feminista se subdividiu, fundamentalmente, em três correntes: feminismo radical, socialista e liberal. Tais correntes se opõem entre si “quanto à definição da opressão das mulheres e suas estratégias políticas” (Cisne, 2013, p. 177)

Foi através das lutas sociais protagonizadas por movimentos feministas que foi possível alcançar os avanços na busca por direitos. Nesse processo, o Estado, situado na sociedade capitalista, foi forçado a fazer concessões diante das pressões sociais. O modo de produção capitalista, por sua vez, constitui um terreno contraditório: se, por um lado, é fonte de opressões, por outro, é dentro de suas próprias configurações que surgem as condições necessárias para a sua superação.

1.3 A posição da mulher no capitalismo dependente – no caso do Brasil

A posição da mulher no capitalismo dependente, no caso do Brasil, possui características históricas e culturais particulares que não correspondem à posição da mulher no capitalismo da Europa Ocidental.

O Brasil, enquanto país de capitalismo dependente, possui particularidades históricas fundadas em seu processo de colonização e dominação externa, as quais definiram as relações sociais existentes até a contemporaneidade. Tais relações influenciam diretamente a posição da mulher na sociedade.

Os países latino-americanos enfrentam duas realidades áspers: 1) estruturas econômicas, socioculturais e políticas internas que podem absorver as

transformações do capitalismo, mas que inibem a integração nacional e o desenvolvimento autônomo; 2) dominação externa que estimula modernização e o crescimento no estágio mais avançados do capitalismo, mas que impede a revolução nacional e uma autonomia real (Fernandes, 2004. p.26)

A colonização no Brasil, baseada na exploração de mão de obra escrava, estabeleceu relações de produção que tinham por objetivo o lucro do capitalismo comercial. Nesse contexto, as relações sociais fundamentadas no racismo, na miscigenação e nas hierarquias de poder entre senhor e escravo moldaram uma estrutura social que atribuía à mulher papéis distintos daqueles destinados às mulheres da Europa Ocidental.

A posição da mulher no Brasil é intrinsecamente determinada pela lógica de um capitalismo dependente, que se alicerça e se fortalece na simbiose entre racismo e patriarcado. Esta estrutura não apenas aprofunda a desigualdade entre os sexos, mas também instrumentaliza as opressões de gênero e raça para a manutenção de um modelo de acumulação.

A mercantilização da população negra, sobretudo africana, as condições de vida degradantes, a animalização (desumanização), o trabalho forçado e a expropriação cultural e religiosa dessas populações constituíram algumas das principais características da violência a que foram submetidas nesse período.

Não diferente de outros contextos históricos, mas com as particularidades do período escravista, recaíram sobre a mulher negra papéis socialmente distintos daqueles destinados aos homens. Segundo Lélia Gonzalez, nesse período, a exploração de mão de obra escravista não poupou as mulheres.

A mais séria inconsistência, entretanto, aparece quando são examinados os papéis a cujo desempenho estava sujeita a mulher negra. Com efeito, cabia à escrava, além de uma função no sistema produtivo de bens e serviços, um papel sexual, via de uma maior retificação e, simultaneamente, linha condutora do desenvolvimento do verdadeiro fundamento da sociedade de castas. (Saffiot, 1969, p.236)

Em relação a mulher branca no período escravocrata, esta encontrava-se sob as estruturas da dominação patriarcal, onde o marido possuía centralidade na família e nas decisões, exercendo controle da sua subjetividade e do seu corpo. A mulher branca era responsável por comandar as atividades da casa branca e além da exclusão social da vida política e coletiva, a ela também era negado o acesso à educação, sendo a educação doméstica e religiosa as únicas permitidas a essa categoria.

Dentro da sociedade escravista, estruturou-se relações sociais de dominação e exploração sobre o povo negro escravizado, incidindo, porém com mais violência sobre a mulher negra escravizada.

Adicionalmente a isso, observa-se que o patriarcado, presente na estruturação dessa sociedade, formou relações sociais capazes de recair até mesmo sobre a mulher branca, desvelando assim uma dominação que paira sobre as mulheres negras e brancas do período, porém com maior intensidade e maior exploração sobre a mulher negra.

No contexto pós-abolição, durante os primeiros anos em que negros e negras foram considerados formalmente "cidadãos iguais perante a lei", González (2020) aponta que coube às mulheres negras assumirem o papel de base estrutural de suas comunidades.

De acordo com a autora, elas atuaram como o esteio moral e o sustento material para suas famílias. Essa dupla responsabilidade resultou em uma carga de trabalho física extremamente ampliada, já que precisavam conciliar as exigências do serviço pesado na residência de suas empregadoras com as demandas e os cuidados no âmbito doméstico familiar.

Já no período de transição para a urbanização e industrialização, as mulheres brancas foram gradualmente incorporadas aos meios de produção, sendo-lhes destinados os trabalhos mais insalubres e salários inferiores aos da categoria masculina. Além disso, a dupla jornada feminina intensificou-se, considerando a inserção crescente de mulheres no trabalho assalariado associada aos cuidados domésticos.

Ao analisar a inserção da mulher negra no mercado de trabalho entre 1950 e a atualidade, González (2020) observa que o processo de desenvolvimento e modernização do país, marcado pela expansão de diversos ramos industriais e pela intensificação da urbanização, paradoxalmente impactou negativamente sua posição laboral. A autora destaca que, como consequência dessa reestruturação, a indústria têxtil – setor que tradicionalmente absorvia essa mão de obra – entrou em declínio, ocasionando até mesmo o fechamento de várias fábricas.

o que se observa é um racismo cultural que leva, tanto algozes como vítimas, a considerarem natural o fato de a mulher em geral e a negra em particular desempenharem papéis sociais desvalorizados em termos da população economicamente ativa. No que se refere à discriminação da mulher, que se observem, por exemplo, as diferenças salariais no exercício de uma função com relação ao homem, e a aceitação de que “está tudo bem”. Quanto à mulher negra, sua falta de perspectiva quanto à possibilidade de novas alternativas faz com que ela se

volte para a prestação de serviços domésticos, o que a coloca numa situação de sujeição, de dependência das famílias de classe média branca. (González 2020, p.32)

A interseccionalidade raça, gênero e classe é o mecanismo que explica como os sistemas de poder (racismo, patriarcado e opressão de classe) se combinam para criar e sustentar desigualdades básicas, resultando em uma estrutura social conservadora que resiste ativamente às conquistas legais

Nesse contexto, ao longo do desenvolvimento da sociedade brasileira, as mulheres ocuparam de forma desigual em relação aos homens, setores como educação, mercado de trabalho, política, cultura dentre outros aspectos, de modo que essa ocupação desigual incidiu de forma mais intensa sobre a mulher negra.

A partir de 1970, aumentou o ingresso das mulheres no mercado de trabalho. Entretanto, raros estudos falam sobre inserções diferenciadas, o que dificultou perceber que as contradições apontadas como problemas sociais à época já eram vividas pelas mulheres negras, situadas nas camadas e regiões empobrecidas: desigualdades salariais, falta de creches, jornadas extensas etc. Da mesma maneira, elas pouco se beneficiaram das conquistas das brancas de classe média (Vieira, Almeida, 2019, p. 145)

O trabalho doméstico e o trabalho de babá no Brasil refletem essa estrutura desigual. A colonialidade e seu legado escravocrata, é o fator estrutural e histórico primordial que moldou o trabalho doméstico e a função de babá por mulheres no Brasil, definindo quem executa esse trabalho e como ele é percebido e desvalorizado na sociedade contemporânea.

A influência da colonialidade articula-se através de eixos de opressão de raça, gênero e classe que persistem até hoje, mesmo sob códigos legais modernos. O contingente mais presente na categoria do trabalho doméstico é composto por mulheres, negras e pobres.

Ou seja, há uma continuidade corpo-escravo para o corpo-produtivo/corpo-objeto¹⁵, ainda que ele tenha permanecido até 2013 fora da lei que garantiu iguais direitos às categorias profissionais. Mesmo quando a maternidade está sob a perspectiva feminista, a babá é pouco nomeada e investigada, além de apagada da história pessoal das crianças e da formação de suas subjetividades (Vieira, Almeida, 2019, p. 147).

O trabalho doméstico no Brasil tem a presença maciça de mulheres negras, pobres e com baixo nível educacional. Em pesquisa realizada em 2022 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) constatou-se que as desigualdades de gênero e raça se mantêm em todos os graus de escolaridade ao considerarmos a população de 25 anos ou mais.

Em 2022, 37% das mulheres negras não tinham nível fundamental completo, enquanto entre as mulheres brancas, a proporção era de 27%. No mesmo ano, 41% dos homens negros não possuíam fundamental completo, comparado a 28% dos homens brancos. A desigualdade racial neste indicador se mantém expressiva na escolaridade superior, uma vez que apenas 15% das mulheres negras atingem esse nível, diante de 29% das mulheres brancas, quase o dobro. A desigualdade também é substancial entre os homens; 25% dos brancos possuem nível superior e apenas 11% dos negros estão nesta condição, equivalente a menos da metade dos homens brancos. Entre os jovens e adultos com ensino superior completo, as mulheres brancas representam 35%, as mulheres negras 21% e os homens negros apenas 15%. (Ipea, 2022)

Ainda segundo a mesma pesquisa, no que tange o trabalho doméstico, “com a pandemia de Covid-19, entre 2019 e 2022, o número de mulheres nesse setor diminuiu de 5,5 milhões para 4,4 milhões. Apesar disso, a participação relativa das mulheres nessas ocupações permanece elevada, representando 12% do total de ocupações femininas e 16% entre as mulheres negras.” (Ipea, 2022).

Com base nos dados apresentados, fica evidente que a posição social da mulher no Brasil é construída por uma estrutura interseccional de opressões, onde as desigualdades de gênero se entrelaçam e são potencializadas pelas desigualdades de raça e classe. Compreender essa formação social complexa é imprescindível para analisar tanto a dinâmica de inserção das mulheres na sociedade brasileira quanto o próprio terreno no qual a violência contra a mulher se manifesta e se reproduz.

Essa compreensão aprofundada da realidade é um pilar fundamental para desenhar, de forma objetiva e eficaz, as lutas e as estratégias a serem incorporadas pelos movimentos feministas, movimentos de mulheres e pela população civil em sua busca por direitos e emancipação social. Apesar do cenário ainda marcado por profundas disparidades, é crucial reconhecer que os direitos conquistados até aqui foram travados por décadas de luta incansável desses movimentos ao longo da história do país, servindo como alicerce e motivação para as transformações que ainda estão por vir.

O movimento feminista no Brasil possui papel central para a posição da mulher na sociedade brasileira e para os direitos socialmente conquistados. O feminismo tem uma longa trajetória no Brasil, com manifestações desde o século XVIII, mas consolidou-se como sujeito coletivo de luta das mulheres na segunda metade do século XX.

A trajetória do movimento é marcada por dilemas entre autonomia e institucionalização, mas resultou em conquistas significativas, tanto no campo da legislação e

das políticas públicas quanto na transformação da consciência social e individual das mulheres.

As principais conquistas do feminismo ressaltadas pelas mulheres entrevistadas foram: a consciência feminista; a construção e atuação das mulheres como sujeitos políticos; o avanço em alguns marcos legais, com destaque para a Lei Maria da Penha; o aumento do salário-mínimo. Dentre essas conquistas, chama-nos atenção o destaque dado ao processo de constituição da mulher como sujeito, ou seja, muitas respostas vieram no sentido de perceber a importância da transformação das mulheres, no processo de ruptura com a submissão. (Cisne, 2013, p. 364)

Segundo Cisne (2013) a vertente mais organizada no início do século XX, especialmente na década de 1920, foi o movimento sufragista, liderado por mulheres da elite, focado na conquista de direitos políticos, sendo o direito ao voto a única conquista concreta nesse primeiro momento.

Durante o processo de redemocratização nacional o movimento feminista alcançou uma de suas maiores conquistas: a mobilização durante a Assembleia Nacional Constituinte, que resultou na incorporação de um robusto conjunto de direitos para as mulheres na Constituição de 1988. Esse período também foi marcado pela criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985, um órgão fundamental para dar visibilidade e voz às demandas feministas no âmbito do Estado, consolidando uma fase de intensa politização e organização.

Um segundo ciclo de avanços significativos ocorreu a partir dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), iniciados em 2003. Conforme analisa Pinto (2024), esta fase caracterizou-se pela constituição de um "feminismo de Estado", materializado na criação da Secretaria Especial da Mulher com status ministerial. Esta nova estrutura permitiu a promoção de políticas públicas transversais e a realização de conferências nacionais que mobilizaram centenas de milhares de mulheres.

Os ganhos se expressaram em políticas públicas e na transversalidade da questão de gênero em toda a estrutura governamental; as perdas se concretizaram no enfraquecimento do movimento social, devido ao afastamento das bases que a participação da militância nos cargos governamentais provocou. (Pinto, 2024, p.210)

Cisne (2011) aponta três movimentos feministas brasileiros que são signos significativos da luta feminista no país. A Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB): Originada em 1995, se define como uma organização política feminista, antirracista, não partidária e anticapitalista. A Marcha Mundial de Mulheres (MMM) surgiu no ano 2000 em uma campanha internacional contra a pobreza e a violência sexista. Caracteriza-se pela centralidade na mobilização de rua e na crítica global ao modelo capitalista patriarcal, racista, homofóbico e destruidor do meio ambiente.

Movimento de Mulheres Camponesas (MMC): Constituído nacionalmente em 2004, tem suas raízes na oposição sindical rural dos anos 1980. Sua missão é a libertação das mulheres trabalhadoras de qualquer opressão e exploração, com um compromisso claro com o socialismo e o enfrentamento indissociável do patriarcado e do capitalismo

Um dos avanços fundamentais para o feminismo é a formação da consciência feminista e a constituição das mulheres como sujeitos políticos. O feminismo proporciona a ruptura com a naturalização da subalternidade e a percepção da mulher como sujeito de sua própria vida.

A importância da apropriação de si está, portanto, na percepção da mulher como sujeito de sua própria vida, o que necessariamente associa-se à superação da ideologia de naturalização do sexo. Afinal, como pensar em uma consciência coletiva voltada para a transformação social se individualmente uma mulher encontra-se alienada de si, sem autonomia sobre sua vida e restringida a cuidar dos outros em detrimento de si? Esse processo do apropriar-se de si está radicalmente articulado com o descobrir-se feminista. (Cisne, 2013, pg. 300)

Ademais, o processo de organização e a luta das mulheres subvertem a ordem dos gêneros, e a emancipação da mulher é vista como uma necessidade fundamental para a transformação social e a construção de uma sociedade livre de opressão.

O período recente da política brasileira, marcado pelo governo de Jair Bolsonaro, foi caracterizado pela reatualização do conservadorismo e pelo sistemático desmonte das políticas públicas voltadas para a igualdade de gênero e a proteção das mulheres. Nesse contexto, discursos de ódio contra minorias ganharam espaço no cenário nacional, resultando no crescimento desenfreado da violência de gênero e no recrudescimento de pautas progressistas. Em resposta a essa ofensiva, os movimentos feministas constituíram-se como

uma força central de oposição e resistência, por meio de mobilizações populares, protestos e a organização de redes de solidariedade, visando combater o retrocesso nas conquistas sociais.

Com a transição governamental para a gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, os movimentos feministas retomaram com vigor os espaços de diálogo e luta pela igualdade de gênero. No entanto, a configuração do Congresso Nacional, com uma maioria de orientação direitista e conservadora, mantém um cenário de constante ameaça aos direitos já conquistados. Esta conjuntura exige dos movimentos uma atuação permanente de resistência.

No ano de 2024, a atuação feminista demonstrou sua capilaridade e diversidade de frentes. Segundo Coelho (2025) destaca-se, a luta contra a fome e a pobreza, articulada com a defesa da soberania alimentar e da agroecologia. A Marcha Mundial das Mulheres, atuante no Rio Grande do Sul, exemplificou essa interface por meio de iniciativas como as cozinhas comunitárias, que se tornaram fundamentais para o enfrentamento dos efeitos de tragédias climáticas, contrastando com o modelo hegemônico do agronegócio. Paralelamente, a defesa intransigente dos direitos sexuais e reprodutivos permanece no centro da pauta.

Estivemos juntas na rua contra a escala 6×1, que rouba tempo das mulheres para cuidar de si e ter tempo para uma qualidade de vida melhor. Não retroceder direitos tem sido um enfrentamento constante nas disputas políticas ideológicas, como por exemplo o debate dos direitos sexuais e reprodutivos, muito protagonizada pela Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e a Legalização do aborto.

Disputamos e lutamos contra o PL1904, proposta na Câmara que impunha uma punição maior às vítimas de estupradores às mulheres, crianças e pessoas que gestam. Mas as ruas e redes falaram mais alto com o “Fora Lira” e a Consigna “Criança não é mãe! Estuprador não é pai!” Apesar desta vitória em âmbito nacional, fazendo o Congresso retroceder, há uma articulação de prefeituras e Estados governados pela extrema direita que estão, na prática, perseguindo e impedindo o acesso ao direito ao aborto legal. Essa ofensiva é parte de um projeto político mais amplo, defendido por setores da extrema direita no Legislativo, que se articula incessantemente para promover uma agenda fascista, racista e ultraneoliberal, atacando sistematicamente os direitos de mulheres, povos indígenas, população LGBTQIA+, comunidade negra e periférica e comunidades tradicionais. (Coelho, 2025)

O movimento feminista brasileiro contemporâneo é, portanto, diverso e multifacetado. Suas principais pautas incluem o combate à violência de gênero e ao feminicídio, a luta pela igualdade salarial, a descriminalização e legalização do aborto, a representatividade política e a construção de uma Política Nacional de Cuidados.

A lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024, que institui a Política nacional de Cuidados, representa uma das maiores conquistas recentes da luta feminista, fruto de uma

demanda histórica que visa reconhecer o cuidado como um direito, deslocando-o da esfera privada e familiar, onde é majoritariamente exercido por mulheres, para o âmbito da responsabilidade social do Estado.

O cenário atual dos movimentos feministas no Brasil é majoritariamente composto por vertentes como o feminismo interseccional, o feminismo negro, o decolonial e o feminismo marxista, que vão na contramão de um feminismo liberal. Essas correntes oferecem uma análise crítica profunda das estruturas de opressão, articulando classe, raça e gênero.

Adicionalmente, a intensificação do uso das redes sociais potencializou a atuação dos movimentos, criando uma arena de lutas que se entrelaça com o espaço físico das ruas. Essa articulação virtual fortalece a conexão entre os diversos sujeitos políticos do feminismo, incluindo mulheres cis e trans, lésbicas e negras, ampliando o alcance e o impacto de suas reivindicações na sociedade. "O feminismo brasileiro, no entanto, se reinventou forte nas redes sociais, com mulheres jovens, mulheres negras, mulheres lésbicas e trans". (Pinto, 2024, p.210).

CAPÍTULO II – A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL

2.1 A violência contra a mulher

É necessário evocar que o presente trabalho considerará os conceitos de violência de gênero como algo distinto, mas não indissociável, do conceito de violência contra a mulher, uma vez que violência de gênero abrange as violências entre os gêneros, não sendo necessariamente somente contra a mulher, sendo essa a categoria mais difundida.

Isto não significa que uma relação de violência entre dois homens ou entre duas mulheres não possa figurar sob a rubrica de violência de gênero. A disputa por uma fêmea pode levar dois homens à violência, o mesmo podendo ocorrer entre duas mulheres na competição por um macho. Como se trata de relações regidas pela gramática sexual, podem ser compreendidas pela violência de gênero. (Saffiot, 2015, p. 75)

A violência contra a mulher é, portanto, uma das formas de violência de gênero, e tem por fundamento a desigualdade socialmente construída entre os sexos através do

patriarcado. Nessa dinâmica, o patriarcado, que possui como característica a dominação-exploração da mulher, possui diversos instrumentos para realizar a manutenção de sua dominação, dentro das relações sociais patriarcais, a violência surge como mecanismo de controle, poder, e defesa da honra do direito masculino.

“Tome-se, por exemplo, a questão da violência masculina contra a mulher. Dada sua formação de macho, o homem julga-se no direito de espancar sua mulher. Esta, educada que foi para submeter-se aos desejos masculinos, toma este "destino" como natural.” (Saffiot, 2001, p.79).

A convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará" define a violência contra a mulher como ofensa contra a dignidade humana e é manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens. A dimensão da violência contra a mulher como ruptura de direitos humanos, é primordial para a desnaturalização dessa forma de opressão e violação contra a mulher.

A violência contra a mulher, portanto, é qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. (Convenção de Belém do Pará, 1996)

A Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006) constitui um marco fundamental no ordenamento jurídico brasileiro ao conceituar e tipificar as modalidades de violência doméstica e familiar contra a mulher, indo além da agressão física. Conforme disposto na legislação, a violência física é caracterizada como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da vítima. Paralelamente, a violência psicológica é definida como ações que causem dano emocional, diminuição da autoestima ou prejudiquem o pleno desenvolvimento da mulher, podendo se manifestar por meio de ameaça, humilhação, perseguição, isolamento, chantagem, entre outras condutas que visam controlar seus comportamentos e crenças ou limitar sua autodeterminação.

A lei também tipifica a violência sexual, que compreende constranger a mulher a participar de relações sexuais não desejadas por meio de coação, impedir o uso de métodos contraceptivos, forçar a gravidez, o aborto ou a prostituição, bem como limitar seus direitos sexuais e reprodutivos.

Outra modalidade é a violência patrimonial, configurada pela retenção, subtração ou destruição de objetos, documentos pessoais, bens, valores e quaisquer recursos econômicos da vítima. Ademais, a violência moral é entendida como condutas que configurem calúnia, difamação ou injúria.

Para além dessas tipificações explícitas, observa-se na doutrina e na jurisprudência o reconhecimento da violência vicária, que ocorre quando o agressor utiliza terceiros, em especial os filhos, como instrumento para infligir sofrimento e controle sobre a mulher vitimizada.

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo e multifacetado, podendo assumir diversas formas e nem sempre deixando marcas físicas visíveis. Essa violação dos direitos da mulher ocorre principalmente dentro do lar ou da família da vítima, intensificando a insegurança a qual são sujeitas. Sueli Carneiro, filósofa, ativista antirracista e escritora, debruça-se sobre a violência contra a mulher e afirma:

O que já sabemos sobre a violência contra a mulher? Sabemos que o espaço privado, familiar, que deveria constituir-se no refúgio de paz das famílias é, por excelência, o espaço em que a violência doméstica e sexual tem o seu ponto mais alto de incidência. Perpetradores ou agentes do abuso sexual na maioria absoluta dos casos são maridos, companheiros, pais, padrastos, tios, ou outros membros próximos da família. (Carneiro, 2003, p.11)

Segundo a folha informativa global de prevalência de violência contra mulheres da OMS (Organização Mundial da Saúde), de 2018, publicada pela ONU Mulheres (Organização das Nações Unidas Mulheres) caracteriza a violência contra a mulher como um problema pandêmico.

A distribuição geográfica dessa violência é desigual. As regiões da Oceania, Sul da Ásia e África Subsaariana registram as mais altas prevalências de VPI, frequentemente acima de 40%. Nas Américas, os índices também são altos, em torno de 25%, refletindo a gravidade do problema também no Brasil. Em contraste, regiões como a Europa Ocidental apresentam as menores taxas (16%-20%), embora o problema persista universalmente.

Além da violência física e sexual, milhões de mulheres são submetidas a violência psicológica, casamento infantil, mutilação genital feminina e tráfico de pessoas. A persistência da violência está intrinsecamente ligada a desigualdades de gênero profundas, normas sociais que normalizam a agressão e à insuficiente aplicação de leis protetivas. Em

síntese, os dados evidenciam que a violência contra a mulher é um fenômeno estrutural e universal.

2.2 A violência contra a mulher no Brasil

A violência contra a mulher no Brasil possui bases profundas no colonialismo, no patriarcado e na histórica desigualdade entre os gêneros. A violência que se manifesta atualmente no país é resultado de processos históricos de dominação e exploração da mulher, cuja face mais brutal explicitou-se durante o período escravista.

Apesar do mito de um país pacífico ainda ecoar no imaginário social e ser instrumentalizado politicamente, a história do Brasil é, na verdade, marcada por uma violência intrínseca à sua colonização e ao seu desenvolvimento. Como afirma Minayo (2006, p. 25), “O Brasil sempre teve uma história de violência articulada à sua forma de colonização e de desenvolvimento, embora, o mito que corre no imaginário social e é apropriado politicamente é de que somos um país pacífico”.

Além disso, a ditadura militar no Brasil constituiu outro marco sócio histórico decisivo, deixando marcas profundas na estrutura social ao intensificar e naturalizar no imaginário coletivo o uso da violência como mecanismo de manutenção do poder – seja na esfera privada, seja na esfera pública.

Nesse período, as mulheres já haviam conquistado alguma participação em movimentos sociais e organizações política, no entanto, com as repressões engendradas pela ditadura, as mulheres que eram presas pelo regime militar sofriam torturas iguais a dos homens e para além disso, sofriam violência sexual como forma de punição e humilhação.

Não obstante, como próprio de um país dominado por um regime autoritário, com viés profundamente conservador pautado na cultura dos países centrais, a idealização do papel da mulher como vinculado naturalmente à vida doméstica e familiar foi fortemente disseminado, revelando a dominação patriarcal no período.

Essa dinâmica denuncia não só a opressão da mulher brasileira no regime da ditadura militar, mas principalmente a forma com que no Brasil, a opressão contra a mulher é perpetuada nas relações sociais em diferentes contextos ao longo da sua história.

contrário, cresceram, dando forma a novas questões trazidas pela pós-industrialização e pela globalização. (Minayo, 2006, p. 30).

Complementando a autora supracitada, é possível verificar que os problemas culturais e as desigualdades da sociedade brasileira se acumularam, não somente desde os anos 60, mas desde o Brasil colônia, sendo este período, determinante para a constituição das relações sociais do país. A partir dos anos 60, essas mazelas foram reconfiguradas e intensificadas.

Porém, o que poderia ser considerado estórias ou reminiscências do período colonial permanece atuante no imaginário social e se renova e adquire novas roupagens e novas funções numa ordem social supostamente democrática, mas que mantém intactos os papéis instituídos para as relações de gênero segundo a cor ou raça no período escravagista (Carneiro, 2003, p.12)

A violência contra a mulher no Brasil atinge todas as mulheres, independente de classe e raça, conforme já visto anteriormente, o fator sexo, na sociedade patriarcal, torna-se elemento constitutivo da relação exploração-dominação onde a mulher é subjugada ao homem. Essa relação foi amplamente difundida no seio da sociedade, tornando-se uma configuração difundida por quase todo o globo.

No entanto, sabe-se também que as determinações classe e raça são necessárias para compreender as múltiplas opressões que determinadas mulheres sofrem. No Brasil, devido ao histórico colonial do país, as opressões incidem de forma mais violenta sobre mulheres negras. “Ser negra e mulher no Brasil, repetimos, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no nível mais alto de opressão”. Gonzalez, 2020, p50

No Brasil, o estupro colonial perpetrado pelos senhores brancos sobre negras e indígenas é responsável por um dos pilares estruturantes da decantada democracia racial que é a miscigenação, e está na origem de todas as construções sobre a identidade nacional e das hierarquias de gênero e raça presentes em nossa sociedade (...) (Carneiro, 2003, p.12)

A Violência contra a mulher no Brasil é um desafio persistente e alarmante, apesar das significativas conquistas legislativas alcançadas pelas mulheres ao longo da história. A luta contra a violência contra a mulher é um tema central para o movimento feminista e tem sido o foco de transformações legais cruciais desde a década de 1980.

Através das pressões realizadas pelos movimentos feministas foi possível alcançar diversos avanços legais e o desenvolvimento de políticas sociais voltadas para a mulher. O Estado passou a incorporar na sua pauta de ações, políticas públicas para a atenção à mulher e para o combate à violência contra a mulher.

A implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), 2004, foi um ganho e um grande avanço na luta feminista. Assim, o plano visou a “a incorporação da perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas reconhecendo e enfrentando as desigualdades entre homens e mulheres, negros e negras, no contexto do projeto político de gestão governamental, que vai se configurar enquanto políticas de Estado. (Brasil, 2004)

No eixo de Enfrentamento à Violência, a meta incluiu a ampliação da rede especializada, incentivando a criação de novas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e a implantação de Núcleos Especializados. Para atendimento especializado e humanizado, o Plano incentivou a criação de espaços específicos nos Institutos Médico Legais (IML) para vítimas de violência, e a criação de uma central telefônica para o atendimento de denúncias. Adicionalmente, buscou-se a criação ou fortalecimento de Defensorias Públicas da Mulher ou Núcleos de Defesa da Mulher

Na área da Saúde, o Plano visou a implantação de um serviço móvel de urgências para pronto atendimento das urgências maternas em 130 municípios. O plano também buscou ampliar a rede de atenção, apoiando a organização de Centros de Referência para assistência à infertilidade e para casais soro-diferentes para HIV, e garantir a aquisição e distribuição de métodos anticoncepcionais reversíveis e de emergência em serviços de referência. Um dos desafios foi a estruturação de um sistema de informação que agregue dados sobre a Notificação Compulsória de violência contra a mulher.

A Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015) consolidou o avanço de reconhecer o assassinato de mulheres motivado por sua condição de gênero como uma prática hedionda. O feminicídio foi incorporado ao Código Penal como uma qualificadora do crime de homicídio. Este reconhecimento penal é fundamental para visibilizar que esses crimes resultam de uma estrutura social de machismo, misoginia e cultura patriarcal, que coloca as mulheres em posição de vulnerabilidade

A Lei Maria da Penha, sancionada em 2006, representou um marco significativo no combate à violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil, ao estabelecer mecanismos de proteção mais eficazes, mecanismos para coibir a violência, bem como de

punição. Não obstante, no que se refere à proteção, também estabeleceu mecanismos como medidas protetivas de urgência, criação de juizados especializados e maior rigor na punição dos agressores.

Além disso, a norma contribuiu para a conscientização da sociedade sobre a gravidade da violência contra a mulher, incentivando denúncias e promovendo políticas públicas voltadas à prevenção e ao acolhimento das vítimas.

Atualmente, mesmo com avanços significativos no combate à violência contra a mulher no Brasil e com avanços na democratização dos direitos e políticas sociais voltadas à mulher, essa violência permanece como um problema grave e estrutural, o que denuncia um cenário alarmante.

Os dados mais recentes publicados pela pesquisa "Visível e invisível" do Fórum Brasileiro de Segurança um cenário alarmante: em 2023, 1.463 mulheres foram vítimas de feminicídio - uma morte a cada 6 horas. A maioria esmagadora desses crimes foi cometida por parceiros ou ex-parceiros dentro da própria casa da vítima.

Além da violência letal, os números mostram uma epidemia de agressões cotidianas. Foram registrados mais de 300 mil casos de lesão corporal dolosa contra mulheres no mesmo período, o equivalente a uma agressão a cada 1,7 minuto.

A pesquisa realizada pelo instituto DataSenado de 2023, revela que 27% das brasileiras já sofreram algum tipo de violência, sendo a violência psicológica (xingamentos, humilhação e controle) a forma mais comum. No entanto, a subnotificação é enorme: apenas 1 em cada 3 vítimas procura uma delegacia. Os principais motivos para não denunciar são a crença de que podem resolver sozinhas, o medo de represálias e a vergonha.

Para compreender a violência contra a mulher no Brasil atual em sua realidade concreta, faz-se necessária uma análise de dados a partir de 2003, ano de criação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Para tanto, serão utilizados dados de duas fontes principais: o Anuário Brasileiro de Segurança Pública e a pesquisa DataSenado, com o objetivo de elucidar a situação atual dessa problemática social.

No que se refere ao Anuário Brasileiro de Segurança Pública, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, constatou-se que, desde sua primeira edição disponível (2007) até a de 2017, a violência contra a mulher era tratada de forma genérica, frequentemente categorizada como “violência por sexo”. Isso evidencia que, até então, não havia uma categoria analítica específica e aprofundada sobre o tema nas pesquisas do Fórum,

revelando uma defasagem na abordagem de uma questão urgente e na produção de dados detalhados.

A partir de 2017, contudo, a violência contra a mulher passou a ser objeto de análise específica nas publicações do Fórum, o que permitiu uma compreensão mais detalhada do fenômeno no contexto nacional.

Conforme dados do Anuário de 2017, que analisa o período de 2016 a 2017, registraram-se 194.273 casos de violência doméstica em 2016 e 193.482 em 2017. Nas edições seguintes, os números foram: 263.067 (2018), 125.338 (2019), 227.753 (2020), 237.596 (2021) e 245.713 (2022)

É fundamental contextualizar os dados apresentados no panorama histórico brasileiro, marcado por transformações no cenário político que contribuíram para o agravamento da violência social, especialmente contra mulheres. A candidatura e posterior governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro reacenderam pautas de cunho conservador que impactaram negativamente diversos grupos sociais historicamente marginalizados.

O movimento político associado ao bolsonarismo, identificado por práticas conservadoras e pela propagação de discursos excludentes, contribuiu para o fortalecimento de comportamentos discriminatórios, como machismo, homofobia, racismo e xenofobia, entre outras formas de intolerância.

Esse contexto sociopolítico está diretamente relacionado ao aumento dos índices de violência. Conforme os dados previamente mencionados, observa-se uma elevação significativa no número de ocorrências a partir do ano de 2018. Simultaneamente, houve um processo de desmonte de políticas públicas voltadas à proteção de grupos vulneráveis. Segundo publicação da Câmara dos Deputados (Brasil, 2023), o Ministério da Mulher anunciou cortes expressivos no orçamento destinado ao enfrentamento da violência contra a mulher.

O período governamental mencionado foi marcado por uma redefinição da responsabilidade estatal, acompanhada de decisões que indicaram uma menor prioridade na alocação de recursos públicos para determinadas funções sociais. Essa dinâmica refletiu-se diretamente nas políticas voltadas às mulheres, especialmente naquelas destinadas ao enfrentamento da violência de gênero.

Em 2020, contexto em que os casos de violência se intensificaram em razão da pandemia de Covid-19, observa-se que o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos

utilizou menos da metade do orçamento disponível para a área. Situação semelhante ocorreu no Ministério da Saúde, que não empenhou integralmente os recursos previstos para políticas sanitárias. Esses dados sugerem uma postura estatal de retração, caracterizada por uma menor responsabilização frente às demandas sociais emergentes

Segundo o Estudo Técnico n. 16/2020 realizado pela Câmara dos Deputados com o objetivo de analisar a execução orçamentária de ações de combate à violência contra a mulher, os dados referentes à execução orçamentária de 2020 revelam uma discrepância significativa entre os valores autorizados e os efetivamente pagos.

Embora o Congresso Nacional tenha ampliado de forma expressiva os recursos destinados às políticas voltadas para as mulheres, especialmente aquelas relacionadas à Casa da Mulher Brasileira e às Políticas de Igualdade e Enfrentamento à Violência, a execução financeira foi mínima. Até junho de 2020, apenas R\$5,6 milhões haviam sido pagos, frente a um montante autorizado de R\$126,4 milhões.

Quanto à execução orçamentária da LOA 2020, foram empenhados R\$22,3 milhões e pagos R\$5,6 milhões. Em 2019, dos quase R\$20 milhões autorizados para a construção das casas da mulher brasileira, nenhum recurso foi gasto; tampouco houve recurso autorizado para o Disque 180 e o Disque 100. Comentários: Na LOA 2020, foram autorizados R\$20,1 milhões em atividades relativas à Casa da Mulher Brasileira, dos quais R\$20,1 foram empenhados. Não houve nenhum pagamento em 2019. De acordo com o Ministério, os contratos foram assinados apenas no final daquele ano e os recursos começarão a ser pagos em 2020. Quanto ao Disque 180/100, em 2019 foram autorizados e empenhados R\$30,1 milhões; e, foram pagos R\$26,5 milhões. Para 2020, foram autorizados R\$35,7 milhões, empenhados R\$20,5 milhões e pagos R\$5,6 milhões. (Brasil, 2020, p.15)

A análise desses indicadores permite compreender que, em momentos de crise, a insuficiência na execução orçamentária compromete a efetividade das políticas públicas, sobretudo aquelas voltadas à proteção de grupos historicamente vulnerabilizados. No caso das mulheres, a combinação entre o aumento da violência doméstica durante o isolamento social e a baixa execução de recursos destinados ao enfrentamento dessa problemática evidencia uma contradição: a ampliação da demanda por proteção ocorreu simultaneamente à retração da resposta institucional.

Assim, mais do que números isolados, esses dados revelam uma orientação política que se distanciou da proteção social, reforçando a necessidade de políticas públicas

consistentes, com financiamento adequado e execução plena, capazes de responder às múltiplas dimensões da violência contra a mulher em contextos de vulnerabilidade ampliada.

Além do ambiente de hostilidade instaurado desde 2017, a pandemia de COVID-19 intensificou os casos de violência doméstica. De acordo com estudos da ONU Mulheres, fatores como o isolamento social, o agravamento das condições socioeconômicas das famílias e o aumento do tempo de convivência no ambiente doméstico foram determinantes para esse crescimento.

Nesse cenário, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2020 registrou uma queda no número de boletins de ocorrência formalizados, enquanto as chamadas para o número 190 (Polícia Militar) apresentaram crescimento expressivo. O mesmo documento apontou que os casos de feminicídio atingiram o maior índice da série histórica, com 3.966 registros no período.

Os dados de chamados de violência doméstica às Polícias Militares no 190 também indicam crescimento, com 16,3% mais chamadas no último ano. Foram ao menos 694.131 ligações relativas à violência doméstica, o que significa que a cada minuto de 2020, 1,3 chamados foram de vítimas ou de terceiros pedindo ajuda em função de um episódio de violência doméstica. (Fórum brasileiro de segurança pública, 2021, p.94).

A análise dos dados disponibilizados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023; 2025) e pelo Observatório Brasil da Igualdade de Gênero evidencia a persistência e o agravamento da violência contra a mulher no Brasil, configurando-se como um fenômeno estrutural e multifacetado.

Em primeiro lugar, observa-se que o crescimento dos índices de violência está diretamente relacionado a fatores estruturais. O relatório Visível e Invisível (FBSP, 2022) identifica como determinantes o desfinanciamento das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, que atingiu seu menor patamar orçamentário em uma década, e os impactos da pandemia de COVID-19, que comprometeram o funcionamento dos serviços de acolhimento, seja pela redução de equipes, restrição de horários ou interrupção completa dos atendimentos.

No que se refere à distribuição percentual dos registros de violência interpessoal entre 2020 e 2022, os dados do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero demonstram a

predominância da violência psicológica/moral, que se manteve em torno de 45% dos casos, seguida pela violência física, com aproximadamente 24% dos registros. A negligência/abandono apresentou tendência de crescimento, passando de 15,3% em 2020 para 17,3% em 2022, enquanto a violência sexual manteve-se estável em torno de 8%. Outras modalidades, como violência financeira, tortura e tráfico de pessoas, embora menos expressivas numericamente, revelam a diversidade das agressões enfrentadas pelas mulheres.

Os dados mais recentes da mesma pesquisa, referentes a 2023 e 2024, reforçam a gravidade do cenário. As tentativas de feminicídio aumentaram de 3.238 para 3.870 casos, enquanto os feminicídios consumados atingiram 1.492 vítimas em 2024, representando uma média de quatro mulheres assassinadas por dia — o maior patamar desde a promulgação da lei do feminicídio em 2015. Paralelamente, os registros de violência doméstica ultrapassaram 257 mil casos, e as chamadas ao número 190 por violência doméstica cresceram 14% em apenas um ano, alcançando mais de 1 milhão de ocorrências em 2024.

A caracterização sociodemográfica das vítimas revela que a violência incide majoritariamente sobre mulheres em idade economicamente ativa, especialmente entre 25 e 44 anos. Quanto à escolaridade, os dados demonstram que a violência permeia todos os níveis educacionais, desmistificando a associação exclusiva entre vulnerabilidade e baixa escolaridade. A análise interseccional evidencia ainda que mulheres negras são as mais afetadas: 63,6% das vítimas de feminicídio em 2024 eram negras, sendo a prevalência mais elevada entre mulheres pretas (41,5%). O crime ocorre predominantemente no espaço doméstico (64,3%), perpetrado por companheiros ou ex-companheiros (79,8%), utilizando arma branca (48,4%) ou arma de fogo (23,6%).

Esse conjunto de dados revela a materialização letal da interseção entre racismo e patriarcado, exigindo políticas públicas que considerem tais múltiplas opressões. Embora alguns indicadores tenham apresentado reduções marginais, como homicídios dolosos (-6,4%) e ameaças (-1%), tais quedas não se traduzem em avanços significativos na proteção das mulheres, uma vez que outros indicadores críticos registraram aumentos alarmantes, como tentativas de feminicídio (+19%), descumprimento de medidas protetivas (+10%) e feminicídios consumados (+0,7%).

Em síntese, os dados analisados escancaram a insuficiência das ações governamentais e a fragilidade das políticas públicas destinadas à proteção das mulheres. A discrepância entre avanços normativos e a realidade empírica evidencia a necessidade de uma

reavaliação profunda das estratégias de enfrentamento, com reforço do financiamento, ampliação da intersetorialidade entre saúde, assistência social, segurança pública e justiça, e incorporação da perspectiva interseccional de gênero, raça e classe. Somente por meio de políticas robustas e integradas será possível avançar na garantia do direito das mulheres a uma vida livre de violência.

2.3 A violência Contra a Mulher no Distrito Federal

O Distrito Federal não é composto por municípios, sendo subdividido administrativamente em 31 regiões administrativas. Em seu território encontra-se a cidade de Brasília, que exerce simultaneamente as funções de capital federal e sede do governo distrital.

Apesar de sua reduzida extensão territorial, o Distrito Federal apresenta elevada densidade demográfica. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), coletados em 2022, a população residente totalizava 2.817.381 habitantes, configurando-se como a terceira maior densidade populacional entre os entes federativos brasileiros.

No que se refere a seu contexto histórico, de acordo com Queiroz (2007) a construção de Brasília, apressada e concluída em abril de 1960, inseriu-se na política da "Marcha para o Oeste" de Getúlio Vargas e consolidou a expansão da fronteira econômica para o interior. A função da Capital era ser o novo centro político do país. Contudo, o planejamento foi notavelmente incompleto no que tange à dimensão regional. O planejamento de Brasília ficou basicamente restrito ao seu sítio urbano (Plano Piloto).

A função da capital era ser o novo centro político do país, como afirmou Schmidt, por isso, ao contrário do Rio de Janeiro, alguns requisitos em relação à segurança deveriam ser considerados, no que contribuiria a própria geomorfologia da região. Outra função elementar era trazer o desenvolvimento ao Centro-Oeste como um todo, fato que foi parcialmente consumado, posto que não atingiu as localidades próximas do Distrito Federal, como as que configuram o Entorno do DF, o Nordeste mineiro e o Vão do Paranã (Queiroz, 2007, p.91)

A implantação de Brasília em 1960 impactou o uso do território, gerando uma nova geografia regional e reconfiguração territorial. Brasília se tornou um novo centro de afluxo

populacional. O processo de urbanização no DF foi acelerado e gerou um grande conjunto urbano segmentado em desigualdades socioespaciais.

O que se constata é que os limites físicos entre as cidades, nas últimas décadas, vêm desaparecendo, o que mostra como a Capital e suas localidades cresceram e formaram um grande conjunto urbano bastante segmentado em termos de desigualdades socioespaciais, uma de suas características mais visíveis. Crescimento urbano e desigualdades que não ficaram restritos às localidades do Distrito Federal. Esse processo de urbanização ultrapassou os limites do Distrito Federal e chegou aos municípios vizinhos, principalmente ao estado de Goiás. (Queiroz, 2007, p.13-14).

A Configuração Territorial Atual da Região do Distrito Federal e Entorno (RIDE) é o resultado material de um longo e complexo processo histórico que se estende por mais de 250 anos. Esta configuração presente é profundamente heterogênea, refletindo a acumulação desigual de tempos no espaço e a forma como as localidades da região absorveram funções específicas ao longo de sucessivos ciclos econômicos e transformações sociais.

Compreender a formação do Distrito Federal faz-se necessário para analisar a composição das populações que a ocupam. No presente trabalho, será analisada, no entanto, a caracterização das mulheres no Distrito Federal, fator primordial para o debate de violência contra a mulher no DF.

A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada (PDAD-A), edição de 2024, que contempla tanto a população urbana quanto a rural do Distrito Federal, revelou predominância do sexo feminino entre os residentes, correspondendo a 52,4% da população.

No que tange à autodeclaração de raça/cor da pele, o grupo pardo foi o mais expressivo, representando 46,6% dos habitantes. Em relação à inserção no mercado de trabalho, a população em idade ativa (PIA), definida como indivíduos com 14 anos ou mais, corresponde a 82,1% da população total. Dentre essa faixa etária, 60,4% estavam economicamente ativos, englobando tanto pessoas ocupadas quanto desocupadas.

No aspecto educacional, o Distrito Federal apresenta índices elevados de alfabetização. Conforme os dados da PDAD-A 2024, 95,8% dos residentes com cinco anos de idade ou mais declararam saber ler e escrever, evidenciando um padrão educacional superior à média nacional.

Apesar da expressiva participação da população em ocupações formais, verificou-se, com base em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal

(IPEDF) em 2022, um crescimento significativo do trabalho informal nos últimos anos. Tal incremento está associado, principalmente, aos impactos socioeconômicos decorrentes da pandemia de Covid-19.

Observa-se que a crise sanitária alterou fortemente a informalidade no DF, ampliando o número de trabalhadores informais após um choque que resultou em um alto número de demissões. Com isso, se observa uma retomada do emprego com menor qualidade do trabalho. Essa qualidade está relacionada com um maior número de pessoas em empregos sem segurança social e com baixa perspectiva de ganhos de produtividade. (IpeDF, 2022, p.36)

No que se refere à distribuição da informalidade por sexo e raça/cor, observou-se maior incidência entre indivíduos do sexo masculino. Ademais, os grupos raciais preto e pardo apresentaram os maiores índices de inserção em atividades informais, evidenciando disparidades estruturais no acesso ao mercado de trabalho formal.

Apesar de as mulheres terem uma menor participação na informalidade tanto no mercado de trabalho quanto na população total, associa-se esse fator mais ao nível de escolaridade das mulheres – que completam mais o ensino médio do que os homens (...) avaliou-se também o nível de informalidade por raça/cor no Distrito Federal. Observou-se que pretos são os que apresentam maior percentual de informais, seguidos de pardos e brancos. (Ipedf, 2022, p.15)

A violência contra a mulher constitui-se como uma das mais graves violações de direitos humanos, demandando respostas institucionais articuladas, contínuas e fundamentadas em evidências empíricas. No Distrito Federal, os dados secundários analisados revelam a persistência e a complexidade deste fenômeno, reafirmando-o como um desafio social estruturante, marcado pela presença de práticas machistas e pela ameaça constante do feminicídio.

Segundo a Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher (DataSenado/Observatório da Mulher, 2024), 31% das mulheres residentes no DF já sofreram violência doméstica ou familiar, sendo que 21% vivenciaram tais agressões nos últimos 12 meses. A violência psicológica desponta como a modalidade mais recorrente (91%), seguida pela violência moral (79%) e física (62%). Ademais, 69% das mulheres brasileiras percebem o Brasil como um país muito machista, percentual superior à média nacional (62%), o que reforça a percepção social da desigualdade de gênero como elemento estruturante das relações sociais.

A série histórica de feminicídios no DF (2015–2025) evidencia flutuações preocupantes, com picos em 2019 (29 casos) e 2023 (30 casos). Embora os registros tenham diminuído para 23 casos em 2024, a análise integrada dos indicadores demonstra que tal redução não representa necessariamente um avanço estrutural. O perfil das vítimas revela concentração etária entre 35 e 44 anos, predominância de mulheres pardas (67%), baixa escolaridade (74% com ensino fundamental ou médio) e inserção laboral precária (29% assalariadas e 23% trabalhadoras do lar). Esses dados confirmam a interseccionalidade entre gênero, raça e classe como dimensões centrais da violência.

No que concerne às medidas protetivas, observa-se uma dinâmica contraditória: houve incremento nas medidas distribuídas (17.903 em 2024), mas redução nas concedidas (33.831). Paralelamente, registrou-se diminuição nas ligações ao 190 (de 41.609 em 2023 para 30.643 em 2024), enquanto os registros de violência psicológica aumentaram (de 1.433 para 1.529). Essa discrepância sugere a possibilidade de subnotificação ou mudanças nos padrões de denúncia, indicando que a redução de registros não necessariamente reflete diminuição da violência.

A criação do Observatório da Violência Contra a Mulher e Feminicídio (Decreto nº 45.174/2023) e da Política Distrital Observa Mulher DF representa um avanço institucional relevante, ao consolidar um sistema integrado de informações. Os dados preliminares de 2025 confirmam a magnitude da violência: 3.292 notificações registradas entre janeiro e setembro, com destaque para violência psicológica/moral (36,3%) e física (36,4%). A violência sexual também apresentou números expressivos (1.199 ocorrências), enquanto os óbitos por causas violentas (307) evidenciam a elevada letalidade social e a insuficiência dos mecanismos de proteção.

A série histórica da Câmara Técnica de Monitoramento de Homicídios e Feminicídios (2015–2025) confirma a endemicidade do feminicídio no DF, com 216 casos registrados. A análise sociodemográfica das vítimas revela concentração etária média de 36 anos, predominância de mulheres pardas e baixa escolaridade. Dados críticos emergem do histórico de violência: 65% das vítimas tinham antecedentes de agressões, mas apenas 30% haviam registrado ocorrência policial e 26% solicitaram medida protetiva. O impacto social é ampliado pelo fato de que 80% das vítimas eram mães, gerando significativo contingente de órfãos e ruptura de vínculos familiares.

Em síntese, os dados analisados demonstram que, no Distrito Federal, a violência contra a mulher permanece como fenômeno estrutural e endêmico, marcado pela prevalência da violência psicológica, pela persistência do feminicídio e pela vulnerabilidade acentuada de mulheres negras, pardas e de baixa escolaridade. Apesar de avanços institucionais recentes, como a criação do Observa Mulher DF, os indicadores revelam contradições e insuficiências nas respostas estatais, especialmente no que se refere à efetividade das medidas protetivas e à capacidade de prevenção.

CAPÍTULO III: SUS E POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

3.1 O SUS e as políticas de saúde de atenção à mulher no Brasil

O Sistema Único de Saúde é definido, conforme o Artigo 4º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, bem como das fundações mantidas pelo Poder Público.

Em resposta à ineficiência do sistema de saúde vigente, emergiram no Brasil movimentos sociais que defendiam a implementação de uma reforma sanitária e a criação de um sistema público de saúde. Tais movimentos congregavam diversos segmentos da sociedade, incluindo a população civil, pesquisadores, estudantes e profissionais da área. O significado e a relevância do SUS encontram-se fundamentados em seu arcabouço jurídico e em seu projeto social, os quais ultrapassam a mera interpretação literal de sua sigla.

A concepção do SUS vincula-se ao princípio fundamental de que a saúde constitui um direito universal, intrinsecamente associado à condição de cidadania. A Constituição Federal de 1988, denominada "Constituição Cidadã", consagrou formalmente a saúde como um direito social pela primeira vez na história constitucional brasileira, estabelecendo em seu Artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público

a obrigação de garanti-lo: A saúde é direito de todos e dever do Estado (Art. 196). Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988. Pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados à saúde. (PAIM,2009, n.p)

Segundo a legislação brasileira, a garantia do direito à saúde, enquanto elemento intrínseco à cidadania, projeta a finalidade do Sistema Único de Saúde para muito além da prestação de serviços assistenciais. Tanto a Constituição Federal quanto a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) estabelecem que o dever do Estado em assegurar a saúde materializa-se através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais destinadas à redução de riscos de doenças e outros agravos.

Nessa perspectiva, o SUS adota um conceito ampliado de saúde, reconhecendo que os níveis de saúde da população refletem a organização social e econômica do país. Dessa forma, intervir no estado de saúde implica intervir nas condições de vida fundamentais para o seu pleno exercício, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, transporte e lazer.

A efetivação desse direito para os brasileiros pressupõe o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O princípio da universalidade assegura que todos os cidadãos, sem distinção, tenham acesso a qualquer ação ou serviço de que necessitem, sendo vedadas barreiras de natureza legal, econômica, física ou cultural.

Paralelamente, o princípio da integralidade preconiza que o conjunto de ações e serviços deve ser articulado e contínuo, promovendo um atendimento integral que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, transcendendo assim o modelo puramente curativo. Dentro desse atendimento integral, confere-se prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Finalmente, o SUS democrático foi desenhado pelo projeto da RSB para assegurar o direito à saúde de todos os brasileiros, articulando a saúde a uma reforma social mais ampla, capaz de influir sobre a determinação da saúde e da doença nas populações. Contudo, este é um dos possíveis históricos que luta para se afirmar. A possibilidade de exercer uma direção política e cultural sobre outras concepções vai depender da constituição de novos sujeitos sociais comprometidos com o avanço do processo da Reforma Sanitária. (Paim,2009, n.p)

A Atenção Integral constitui um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), representando a essência de sua proposta de serviços e ações, conforme estabelecido

em seu arcabouço legal. Este mandato constitucional garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse contexto, a Atenção Básica, também designada como Atenção Primária à Saúde, configura-se como pilar central na organização dos níveis de complexidade do sistema, materializando as diretrizes de universalidade e integralidade.

No que concerne às políticas de saúde dirigidas às mulheres, observa-se uma tendência histórica de restrição à esfera reprodutiva, com menor abordagem das múltiplas dimensões que conformam a saúde feminina em sua amplitude.

Conforme analisa Costa (2009), a participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil constitui um processo histórico complexo, que se desenvolveu desde a década de 1970 através da articulação de movimentos sociais, particularmente o feminista, na luta pela saúde integral. Inicialmente, as iniciativas do Ministério da Saúde relacionadas ao controle da natalidade enfrentaram resistência de diversos setores, incluindo o movimento sanitário, que se constituiu como importante núcleo de oposição a programas de caráter demográfico.

As tentativas do Ministério da Saúde, tanto no caso da incorporação da paternidade responsável ou mesmo na formulação do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco na década de setenta, foram eficazmente combatidas pela sociedade brasileira. Movimentos e lideranças sociais junto com os partidos políticos clandestinos do campo progressista polemizaram as ideias e princípios dos grupos pró-controle demográfico que sustentavam estas iniciativas. O argumento estruturante destas forças sociais era o avanço das estratégias imperialistas americanas, interessado na baixa densidade demográfica, e a necessidade de ocupação territorial para a defesa da autonomia e soberania nacional. (Costa, 2009, p.1075)

O movimento feminista emergente no Brasil introduziu no debate público posições firmes acerca das aspirações das mulheres, desconstruindo argumentos hegemônicos e reivindicando a autonomia feminina nas decisões sobre sua procriação. Conforme documentado na literatura especializada, as ativistas feministas opunham-se frontalmente aos discursos políticos que instrumentalizavam o corpo feminino em prol de projetos nacionalistas de ocupação territorial, argumentando que tais retóricas, na prática, mutilavam a autonomia decisória das mulheres.

Desde 1960, as brasileiras vinham processando a ruptura com o papel social que lhes era atribuído, introduzindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passa a ser aspiração das mulheres. A sexualidade plena e os novos padrões de comportamento sexual desvinculam a maternidade do desejo e da vida sexual. Essa conjuntura implicou a necessidade de políticas de acesso aos métodos contraceptivos. (Costa, 2009, p.1076).

O período da transição democrática, a partir dos anos oitenta do século passado, caracterizou-se pela intensificação da mobilização dos movimentos sociais, incluindo o movimento de mulheres. Nesse contexto, foi concebido o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, fundamentado tecnicamente pelo movimento sanitário e pelas concepções políticas do movimento feminista. O PAISM inovava ao enfatizar a integralidade da atenção e a autonomia das mulheres sobre suas questões reprodutivas. Após um período inicial de reticências, o movimento de mulheres incorporou e passou a defender ativamente o programa.

O fortalecimento desses movimentos propiciou a criação dos Conselhos Nacional e Estaduais dos Direitos da Mulher em 1985. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) registrou significativa atuação feminina, resultando no reconhecimento formal das especificidades da saúde da mulher. Imediatamente, foi convocada a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher no mesmo ano, que detalhou as diretrizes do PAISM e as transformou em resoluções programáticas.

Tais resoluções foram consolidadas na "Carta das mulheres brasileiras aos constituintes". Os embates entre o movimento feminista e correntes conservadoras durante o processo constituinte resultaram em avanço significativo na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu o planejamento familiar como decisão livre do casal, explicitamente vedando qualquer forma de coerção.

A atuação do movimento feminista brasileiro conquistou reconhecimento internacional, particularmente por sua articulação na Conferência do Cairo (1994). Contudo, a absorção das questões de fecundidade pelo conceito de saúde reprodutiva, conforme definido no Cairo, provocou um deslocamento paradigmático: a pauta das políticas para mulheres, antes centrada na saúde integral e em toda a complexidade de suas demandas, restringiu-se progressivamente a uma atuação focalizada nos direitos reprodutivos.

É a internacionalização das agendas dos movimentos de mulheres que repõem o tema na pauta governamental. Porém, a absorção das questões da fecundidade e do planejamento familiar pelo conceito de saúde reprodutiva deslocou a centralidade da saúde integral da pauta das políticas de saúde para as mulheres. Para autores como Las-sondel, a adoção e difusão do conceito de saúde reprodutiva conecta-se com a influência das políticas demográficas ditadas pelos países centrais aos países periféricos, com a vantagem da adesão de setores anteriormente críticos a essa conexão. No caso brasileiro, trata-se também de abandonar avanços já conquistados na advocacia pautada na abordagem mais ampliada do reconhecimento das verdadeiras dimensões e complexidades da saúde das mulheres. (Costa, 2009, p.1079).

Instituída em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) representa um marco conceitual na abordagem da saúde feminina no Brasil, superando a visão restrita e verticalizada característica dos programas materno-infantis anteriores. No contexto ampliado de Saúde Integral e Direitos Sexuais e Reprodutivos, os objetivos da PNAISM visam à melhoria das condições de vida e à redução da morbidade por meio de uma abordagem que reconheça a mulher como sujeito de direitos em todos os ciclos vitais.

A PNAISM, formalmente aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2004 e mantida em vigor, estabelece como objetivos gerais: promover a melhoria das condições de vida e saúde mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina por causas evitáveis em todos os ciclos de vida; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2004).

Esta política insere-se no paradigma da Saúde Integral, rejeitando a concepção reducionista que limita a saúde feminina à especificidade biológica e ao papel social de mãe. Seu antecessor, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984, já havia inaugurado uma ruptura conceitual ao abandonar a terminologia "materno-infantil" e adotar a integralidade como princípio orientador. A PNAISM consolidou esta visão integral, compreendendo as mulheres como cidadãs diversas e plenas de direito.

O caráter integral da política demanda um sistema de saúde organizado por linhas de cuidado e redes de serviços que atendam às mulheres em seus diferentes ciclos vitais, articulando ações que transcendem o período reprodutivo para incluir a clínica ginecológica,

pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, e cânceres ginecológicos e mamários. (Brasil, 2004)

Fundamentalmente, a PNAISM está ancorada na perspectiva de que a reprodução constitui um direito e não um dever ditado pelo determinismo biológico. Esta orientação foi fortemente influenciada por conferências internacionais, notadamente a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), que definiu a saúde reprodutiva como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e a Conferência Mundial sobre Mulheres (Beijing, 1995), que reforçou o vínculo entre saúde sexual e reprodutiva e cidadania efetiva.

O I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2004) alinhou-se diretamente à PNAISM, definindo como objetivo explícito a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, orientação mantida nos planos subsequentes. Em 2016, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Instituto Sírio-Libanês, publicou um protocolo de atenção básica para a saúde da mulher que, considerando os programas existentes, identificou lacunas a serem superadas para a plena efetivação da política.

O presente protocolo é referente ao cuidado da mulher na AB e dialoga com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ao considerar o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como perspectivas privilegiadas, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sob orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania.^{1,2} (Brasil, 2016, p. 12)

Cabe salientar que, mesmo após uma década da promulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), persiste uma focalização predominante nos serviços direcionados à esfera reprodutiva. Esta constatação evidencia os desafios na consolidação efetiva da política, particularmente no que concerne à materialização plena do princípio da integralidade na atenção à saúde feminina. A discrepância entre o marco conceitual abrangente da PNAISM e sua implementação prática revela a permanência de estruturas assistenciais que ainda privilegiam a dimensão biológica em detrimento de uma abordagem multidimensional que contemple a mulher em toda sua complexidade e em diferentes fases do ciclo vital.

tradicionalmente, nos sistemas de saúde, tem-se priorizado o cuidado da mulher no campo da saúde reprodutiva, com foco na atenção ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento reprodutivo, orientação de grande relevância social e epidemiológica. Também é prioridade de saúde pública a prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama, prática bem consolidada na Atenção Básica. No entanto, o atendimento integral das mulheres – com acolhimento de suas demandas e necessidades, garantia do acesso e respostas a contento – ainda está em processo de consolidação. (Brasil, 2016, p.13)

3.2 A violência como questão de saúde pública. Feminismo e marcos do combate à violência contra a mulher no SUS em âmbito nacional

A violência, enquanto fenômeno reconhecido como questão de saúde pública, transcende as dimensões tradicionalmente associadas à segurança pública e à esfera jurídica, demandando uma abordagem que contemple seus profundos impactos no bem-estar físico, mental e social das populações. Suas manifestações configuram-se como uma epidemia complexa, responsável por elevados índices de mortalidade, morbidade por lesões incapacitantes e sequelas psicológicas persistentes, as quais não apenas sobrecarregam os sistemas de saúde, mas também perpetuam ciclos intergeracionais de adoecimento e vulnerabilidade social.

A violência afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; coloca novos problemas para o atendimento médico e para os serviços; e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada. (Minayo, 2018, p.2008)

A violência, historicamente circunscrita ao âmbito da segurança pública e da ordem social, consolidou-se nas últimas décadas como uma questão central para a saúde pública contemporânea. Essa transformação paradigmática não implica a substituição das instituições de segurança pelo setor da saúde, mas, antes, o reconhecimento de que os impactos da violência na saúde dos indivíduos e das coletividades manifestam-se de forma profunda e duradoura, demandando, por isso, respostas específicas no campo sanitário.

Conforme Minayo (2006), embora a violência não constitua uma temática intrínseca ao campo sanitário, ela o afeta profundamente por acarretar lesões, traumas e mortes de

natureza física e emocional. Nessa perspectiva, o fenômeno deve ser situado no conjunto de problemas que articulam saúde, condições de vida, situações sociais e estilos de vida.

O impacto mais imediato da violência reflete-se nas estatísticas de morbidade e mortalidade, redefinindo o perfil epidemiológico nacional. A autora observa que "tradicionalmente, a violência vem sendo tratada nas investigações através dos estudos de Mortalidade, sendo muito precários ou quase inexistentes os sistemas de informação sobre Morbidade" (Minayo, 1994, p. 9).

A manifestação da violência apresenta um caráter multifacetado, gerando danos que transcendem a dimensão física para incluir sequelas clínicas de curto, médio e longo prazo, além de prejuízos emocionais e cognitivos. Como sintetiza Minayo (1994, p. 9), "a violência não é um problema específico da área da saúde. No entanto, ela afeta a saúde".

No contexto brasileiro, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece como princípios norteadores a universalidade, a equidade e a integralidade, a abordagem da violência limitava-se inicialmente aos danos físicos, lesões e à recuperação orgânica. Essa perspectiva excluía grupos vulneráveis, como mulheres submetidas a violências silenciosas, e negligenciava a multidimensionalidade do fenômeno, comprometendo a plena realização do princípio da integralidade.

Contudo, após décadas de mobilização social e avanços conceituais, a saúde pública brasileira passou a desenvolver abordagens compreensivas da violência, implementando serviços especializados, intervenções psicossociais e estratégias de prevenção que reconhecem a complexidade desse fenômeno social.

Ultimamente, sobretudo em relação a alguns agravos, como violência contra a criança e a mulher, começa a haver uma abordagem que inclui aspectos psicossociais e psicológicos, tanto em relação ao impacto sobre as vítimas(..) Mas existe hoje, uma consciência e um impulso da Saúde Pública para, além de adequar-se, no que se refere a equipamentos e recursos humanos, à demanda crescente dos serviços de atenção, voltar sua atenção para o campo da Prevenção. (Minayo, 1994, p.13-14)

Segundo a Linha de Cuidado publicada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal no ano de 2025 a violência:

representa um grave problema de saúde pública, um fenômeno social complexo e multicausal que envolve aspectos políticos, sociais, culturais, jurídicos, econômicos, históricos, dentre outros, atingindo todos os indivíduos em suas diferentes manifestações (físicas e emocionais). Dessa forma, o sistema de saúde ocupa um papel importante no cuidado às pessoas em situações de violência e, portanto, deve

estar preparado e organizado para atender as demandas advindas dessa complexidade a curto, médio e longo prazo. (Distrito Federal, 2025, p.15)

O movimento feminista exerceu uma influência paradigmática na reconceitualização da violência contra a mulher como demanda legítima e objeto de políticas públicas de saúde no Brasil. Sua atuação foi fundamental para transpor a compreensão desse fenômeno do âmbito privado para a esfera da saúde coletiva, estabelecendo as bases teóricas e políticas que permitiram seu reconhecimento como questão de saúde pública e sua subsequente incorporação na agenda sanitária nacional.

No Brasil, a advocacy feminista na defesa dos direitos das mulheres e no enfrentamento da violência específica que sobre elas recai tem seu surgimento em meados da década de 1970. Inspirados no feminismo europeu e norte-americano e nos avanços produzidos pela ONU, surgiram grupos formados por mulheres feministas, participantes, em grande parte, do movimento de resistência à ditadura militar. (Basterd, 2016, p. 24)

A partir 1980, a agenda feminista incluiu a pressão junto ao poder executivo (nos níveis nacional e estadual) para a criação de mecanismos institucionais e serviços capazes de atender as mulheres em situação de violência, incluindo **serviços de saúde** voltados para vítimas de violência sexual.

Assim, na década de 1980, tendo o Estado – que se democratizava – como alvo principal de sua ação política, as feministas elaboraram propostas que ampliaram aquelas da Carta de 1975: direitos civis, em especial a igualdade nas relações familiares, direitos sociais no campo do trabalho e da ascensão profissional, a ampliação da licença maternidade, o acesso de seus filhos a creches, direitos individuais no que se refere à decisão de ter ou não ter filhos e o direito a uma vida sem violência. Já no início da década de 1980, a agenda feminista incluía, além da luta legislativa, a pressão junto ao poder executivo, nos níveis nacional e estadual, para a criação de mecanismos institucionais de defesa dos direitos das mulheres e serviços capazes de atender as mulheres em situação de violência. (Basterd, 2016, p. 24)

Segundo Basterd (2016), as lutas e agendas feministas adquiriram crescente relevância política, sendo a atuação dos movimentos de mulheres crucial para a inclusão, na Constituição de 1988, de dispositivo específico sobre violência doméstica.

Ao longo da história brasileira, esse movimento desempenhou papel central na conquista de direitos e no enfrentamento à violência de gênero, articulando-se com

movimentos sociais da saúde e a sociedade civil para contribuir decisivamente na formulação de serviços e políticas públicas no âmbito sanitário destinados a combater todas as formas de violência contra a mulher.

O diálogo permanente entre movimentos de mulheres e profissionais de saúde resultou em avanços concretos, dentre os quais se destaca a elaboração, em 1999, da primeira Norma Técnica sobre Agravos da Violência Sexual pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999). Conforme Assunção (2016), essa norma representou significativo avanço ao determinar o atendimento obrigatório a vítimas de violência sexual nos serviços de saúde, visando reduzir os agravos decorrentes dessa modalidade de violência, independentemente de idade, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero.

A incorporação oficial da violência como questão de saúde pública ocorreu em 2001 com a promulgação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) por meio da Portaria MS nº 737. A criação dessa política representou um marco fundamental, consolidando uma conquista da sociedade ao fazer com que o Estado reconhecesse oficialmente a violência como grave problema sanitário.

A atuação dos movimentos sociais, particularmente do movimento sanitário, em conjunto com a mobilização da sociedade civil, foi essencial para romper o silêncio e a naturalização historicamente associados à violência. Esses grupos constituíram-se como vozes críticas e propulsoras de transformação, pressionando o Estado a reconhecer que a complexa dinâmica da violência demanda intervenções específicas no campo da saúde pública, transpondo sua compreensão do âmbito privado para a esfera da saúde coletiva e estabelecendo as bases teóricas e políticas que permitiram seu reconhecimento como questão de saúde pública e sua subsequente incorporação na agenda sanitária nacional.

À época, a promulgação da PNRMAV representou uma vitória da sociedade e do movimento social da saúde por institucionalizar o tema da violência como um grave problema de saúde pública e por seu reconhecimento enquanto tal pelo Estado brasileiro. Brasil e Canadá saíram na vanguarda, sendo os únicos países das Américas com uma política de saúde especificamente dirigida à prevenção dos acidentes e violências. (Fiocruz, 2021)

O arcabouço normativo subsequente consolidou progressivamente a resposta sanitária à violência, incluindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004. A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) em 2003

possibilitou o desenvolvimento de políticas voltadas ao combate de todas as formas de discriminação contra a mulher. A Portaria MS nº 2.406/2004, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher, e a Portaria GM/MS nº 936/2004, que estabeleceu a Rede Nacional de Prevenção da Violência, constituíram marcos regulatórios que pavimentaram o terreno para a consolidação do combate à violência contra a mulher de forma integral, considerando a saúde pública como elemento essencial para o enfrentamento desse fenômeno.

Segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, esta foi elaborada e estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), constituindo-se como produto da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres em 2004 pela SPM. Assim, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi desenvolvida pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) com o objetivo de explicitar os fundamentos conceituais e políticos do enfrentamento à questão e as políticas públicas que têm sido formuladas e executadas (Brasil, 2011).

Apesar de ter sido concebida a partir de 2003, foi somente em 2006 que essa política se consolidou mediante a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340). No mesmo ano, foi lançado o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, com o objetivo de estabelecer acordo federativo entre os governos federal, estaduais e municipais para ações que visassem à consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo o território (Brasil, 2006). O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, realizado em 2008 pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Governo do Distrito Federal, é produto da luta de movimentos feministas e mulheres da sociedade civil. Esse plano mantém o enfrentamento integral à violência contra a mulher como uma de suas diretrizes centrais, demonstrando a continuidade do compromisso estatal com essa agenda.

É resultado da mobilização de quase 200 mil brasileiras que participaram, em todo o País, das Conferências Municipais e Estaduais, e elegeram 2.700 delegadas à II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (II CNPM), realizada em agosto de 2007. O II PNPM expressa a vontade política do Governo Federal em reverter o padrão de desigualdade entre homens e mulheres em nosso País. (Brasil, 2008)

Um marco legal significativo foi alcançado com a Lei nº 12.845/2013, o Decreto Federal nº 7.958/2013, e especialmente com a Lei nº 13.427/2017, que inseriu entre os

princípios do SUS o atendimento especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica.

No que se refere aos serviços de saúde no enfrentamento à violência contra a mulher, nota-se um avanço considerável a partir da Norma Técnica de 1999, anteriormente mencionada, que possibilitou a inserção de mulheres vítimas de violência sexual nos serviços de saúde dos âmbitos público e privado. Tais serviços, voltados especificamente para esse público, permitiram a oferta de cuidados em saúde, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e, posteriormente, a regulamentação do procedimento de interrupção da gestação nos casos previstos em lei, consolidando uma abordagem integral no acolhimento dessas mulheres.

Esta Norma Técnica determinava a garantia de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos serviços de saúde, representando uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta desses serviços, entretanto, permitiu a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada. (Brasil, 2011, p.16)

Um dos objetivos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres consiste em proporcionar às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na Rede de Atendimento (BRASIL, 2011, p. 35). Esta política busca implementar ações previstas no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres que, em sua segunda edição, estabelece como meta o enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres.

O plano detalhado, intitulado "IV - Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres", parte do princípio de que uma vida sem violência é um direito das mulheres e que a violência de gênero retroalimenta a violência geral na sociedade (Brasil, 2008).

Entre as prioridades estabelecidas destacam-se: ampliar e aperfeiçoar a Rede de Prevenção e Atendimento às mulheres em situação de violência; garantir a implementação da Lei Maria da Penha e demais normas jurídicas nacionais e internacionais; promover ações de prevenção a todas as formas de violência contra as mulheres nos espaços público e privado; e promover a atenção à saúde das mulheres em situação de violência com atendimento qualificado ou específico (Brasil, 2008, p. 37).

Os objetivos do plano são divididos em gerais e específicos, todos voltados para a redução e eliminação da violência contra as mulheres, sendo o principal propósito a redução dos índices de violência.

Essa finalidade deve ser alcançada por meio de três pilares principais: consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com a plena efetivação da Lei Maria da Penha; a implementação das ações do Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas que se referem especificamente ao tráfico de mulheres, jovens e meninas do Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres; e a promoção da atenção à saúde das mulheres em situação de violência, oferecendo atendimento qualificado ou específico, com a meta de ampliar em 100% a rede de atenção integral à saúde de mulheres e adolescentes em situação de violência (Brasil, 2008, p. 17).

A rede de atendimento à mulher em situação de violência estrutura-se em quatro eixos principais: saúde, justiça, segurança pública e assistência social. No âmbito da saúde, a atuação é guiada pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que estabelece a prestação de assistência médica, de enfermagem, psicológica e social às vítimas de violência sexual, inclusive garantindo o direito à interrupção da gestação nos casos previstos em lei. Paralelamente, o setor saúde desenvolve serviços e programas especializados para o atendimento da violência doméstica.

Em 2016, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, publicou os "Protocolos da Atenção Básica", estabelecendo diretrizes para o atendimento às mulheres em situação de violência. Segundo este documento, os serviços de saúde integram a Rede de Atendimento e devem mobilizar todos os recursos necessários para ofertar uma atenção integral, desde o acolhimento com escuta qualificada até o acompanhamento e monitoramento dessas mulheres na rede, fortalecendo a articulação intersetorial.

A atenção primária assume papel crucial nesse contexto por representar o ponto de acesso mais frequente e próximo ao cotidiano da população. As ações desenvolvidas neste nível incluem acolhimento com escuta qualificada, notificação compulsória, intervenção nos agravos e fatores de risco decorrentes da violência, e encaminhamentos para serviços especializados. Compõem esta rede as Unidades Básicas de Saúde, a Estratégia Saúde da

Família (ESF), a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Consultório na Rua (Brasil, 2016).

O protocolo de atendimento preconiza que, no primeiro contato com a usuária em situação de violência, o profissional deve priorizar o acolhimento, postergando o preenchimento de fichas e prontuários. A abordagem de identificação da violência deve ser conduzida com responsabilidade ética, exigindo que o profissional possua conhecimento prévio das condutas adequadas para evitar a revitimização, tanto no acolhimento imediato quanto no domínio da articulação intersetorial necessária para a produção do cuidado.

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou o "Guia Prático de Cuidado à Mulher em Situação de Violência" (2025) e a Nota Técnica Conjunta n.º 264/2024, que tem como objetivo apoiar os serviços de saúde no cumprimento da Lei n.º 14.847/2024, a qual dispõe sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços do SUS.

Na média e alta complexidade, a rede é composta por Serviços de Atenção Especializada, Hospitais, Unidades de Urgência e Emergência, Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA/HIV/Aids) e Centros de Atenção Psicossocial (Caps, Capsi, Caps-AD). Cabe ao Sistema Único de Saúde garantir, além do acesso à rede intersetorial, a contracepção de emergência, a profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Aids para todas as mulheres, incluindo vítimas de violência sexual, bem como assegurar o direito ao aborto legal nos casos de gravidez resultante da violência.

Entretanto, a recente aprovação do Projeto de Decreto Legislativo 3/2025 pela Câmara dos Deputados constitui um significativo retrocesso na proteção integral de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no Brasil. Ao suspender as diretrizes estabelecidas pela Resolução 258/2024 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), este projeto não apenas desmonta um importante marco regulatório, mas também aprofunda a marginalização de meninas e adolescentes que já se encontram em situação de extrema vulnerabilidade.

A Resolução do Conanda representava um esforço de regulamentação técnica para efetivar direitos já previstos no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Código Penal. Sua principal contribuição estava em estabelecer protocolos claros para um atendimento humanizado, priorizando a vontade da

vítima e eliminando barreiras burocráticas que frequentemente impedem ou retardam o acesso aos direitos legalmente estabelecidos. A dispensa da exigência de boletim de ocorrência para o acesso ao aborto legal, por exemplo, baseava-se no reconhecimento de que tal exigência poderia significar a inviabilização prática do direito, especialmente em contextos em que o agressor pertence ao círculo familiar da vítima.

A suspensão dessas diretrizes implica a reinstituição de obstáculos que ampliam o sofrimento de quem já foi submetido à violência sexual. O processo de revitimização - no qual a vítima é submetida a novo trauma através de procedimentos institucionais inadequados - tende a se intensificar com a exigência de múltiplos relatos do abuso e com a submissão a trâmites burocráticos desnecessários.

Esta realidade é particularmente grave quando consideramos que a maioria esmagadora dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes ocorre no ambiente intrafamiliar, tornando a exigência de autorização dos responsáveis legais potencialmente catastrófica, podendo colocar a vítima novamente em contato com seu agressor. A aprovação do PDL 3/2025 representa um grave retrocesso na proteção de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, constituindo uma violação do princípio constitucional da proteção integral.

3.3 Sus e combate à violência contra a mulher no Distrito Federal

No Distrito Federal, as políticas de enfrentamento à violência contra a mulher começaram a ser estruturadas sistematicamente a partir de 2004, com a realização da 1ª Conferência Distrital de Políticas para as Mulheres, evento fundamental para a criação do primeiro Plano Distrital de Políticas para as Mulheres (I PDPM), o qual foi aprovado somente em março de 2014. Até então, a legislação nacional, como a Lei Maria da Penha de 2006, servia como principal base normativa para as ações locais. Um marco na estruturação desses serviços ocorreu em 2013, com a implantação da Casa da Mulher Brasileira no DF.

O I Plano Distrital de Políticas para as Mulheres, publicado em 2014, foi elaborado em uma parceria entre o Governo do Distrito Federal, a Secretaria de Estado da Mulher do Distrito Federal e o Conselho dos Direitos da Mulher do Distrito Federal. Nesse plano, um dos eixos centrais é o "Enfrentamento a Todas as Formas de Violência Contra a Mulher no

DF". Seu objetivo geral consiste em reduzir os índices de todas as formas de violência contra a mulher e a adolescente, ampliar as ações preventivas e promover o envolvimento do Poder Público e da sociedade no enfrentamento a essa violência (Distrito Federal, 2014).

O documento estabelece cinquenta e cinco ações específicas para o enfrentamento da violência contra a mulher. No âmbito da saúde, as diretrizes propostas incluem a garantia de atendimento humanizado e integral nos serviços de saúde, a implementação de fluxos para notificação compulsória e o acompanhamento psicossocial das vítimas, visando assegurar uma resposta coordenada e efetiva da rede de proteção.

4.11 Aperfeiçoar e ampliar a Notificação Compulsória Integrada dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências nos serviços de saúde, em cumprimento à Portaria do Ministério da Saúde de nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (SES/SEM)

4.12 Implementar, na rede pública de saúde e demais serviços da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, o protocolo e os serviços previstos na Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual (SES/SEM). (Distrito Federal, 2014, p.51-52)

O Segundo Plano Distrital de Políticas para as Mulheres, publicado em 2021, mantém como um de seus eixos centrais o enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher no DF. Seu objetivo geral consiste em estabelecer princípios, diretrizes, projetos e políticas de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional e distrital (Distrito Federal, 2021).

Entre as ações definidas no âmbito da saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher destaca-se a meta de "Facilitar e garantir o acesso de mulheres à serviços de saúde" (Distrito Federal, 2021, p. 63).

É importante salientar o impacto da pandemia da COVID-19 nas políticas públicas para as mulheres e no enfrentamento à violência contra a mulher no Distrito Federal. O isolamento social necessário para conter a propagação do vírus forçou muitas mulheres a permanecerem em casa com seus agressores, dificultando o acesso a redes de apoio e intensificando tensões pré-existentes.

Segundo Simões (2023), dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos revelam um aumento expressivo de 165,6% nas ligações para o Disque 180

somente em março de 2020, com mais de 105 mil casos de violência doméstica registrados naquele ano no país. A pandemia exacerbou fatores de risco como instabilidade econômica, desemprego e sobrecarga de trabalho doméstico, contribuindo para o aumento não apenas da violência física, mas também da violência psicológica, moral e patrimonial.

Conforme disposto em Nota Técnica do IPEA (2020), o Distrito Federal, por dispor de uma Secretaria de Estado da Mulher independente e exclusiva, desenvolveu novos instrumentos para o enfrentamento à violência de gênero durante a pandemia, além de adaptar os serviços já existentes. Dentre as ações executadas pelo Governo do Distrito Federal destaca-se a campanha "Mulher, você não está só", que informava sobre os equipamentos de atendimento remoto disponíveis durante o período de quarentena. A existência de uma secretaria dedicada permitiu uma resposta mais ágil e focada, com a mobilização rápida de recursos e a criação de ferramentas específicas em comparação com outras unidades da federação sem essa estrutura.

Em resposta à crise, foi sancionada a Lei nº 14.022/2020, que classificou os serviços de atendimento a vítimas de violência doméstica como essenciais, garantindo seu funcionamento mesmo durante o estado de calamidade pública. No âmbito do Distrito Federal, o Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV) constitui-se como unidade fundamental na estrutura da saúde, instituída em 2003 mediante o Decreto nº 23.812.

A partir de 2020, o Governo do Distrito Federal e a Câmara Legislativa implementaram e ampliaram diversas políticas de proteção à mulher, com destaque para o Decreto nº 41.106/2020, que reestruturou a Secretaria de Estado da Mulher do Distrito Federal (SMDF), fortalecendo seu papel na formulação e coordenação de políticas públicas; o Decreto nº 40.476/2020, que criou o Observatório da Mulher do DF; e a Lei nº 7.266/2023, que instituiu o Comitê de Proteção à Mulher.

Em 2025, foi publicado pelo Governo do Distrito Federal em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do DF a linha de cuidado para a atenção a pessoas em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar, que possui como objetivo geral estabelecer diretrizes para o atendimento integral e humanizado, garantindo a articulação entre os diferentes serviços da rede de proteção e promovendo a recuperação da saúde física e mental das vítimas.

Implantar a Linha de Cuidado: Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica na SES/DF, para organização do itinerário do cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como orientar e articular os demais serviços de proteção e garantia de direitos da Rede Intersetorial. (Distrito Federal, 2025, p.7)

A estruturação da Linha de Cuidado no DF organiza-se mediante a governança estabelecida através de colegiados e comitês, culminando na criação da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência (RAV) pela Portaria nº 1.085. O Grupo Condutor Distrital da RAV (GCD-RAV), responsável pela elaboração do documento, substituiu o comitê anterior e assume a coordenação desta Linha de Cuidado, que se organiza na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para garantir a integralidade do cuidado.

No nível regional, a RAV é constituída pelos Núcleos de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAV), vinculados às Superintendências das regiões de saúde. Estes núcleos coordenam as ações dos Centros de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV), com responsabilidades que incluem planejamento, execução, coordenação e avaliação de ações de promoção, prevenção e atendimento, além de oferecer apoio matricial em todos os níveis de atenção e executar ações de Vigilância Epidemiológica.

A Linha de Cuidado (DISTRITO FEDERAL, 2025) estabelece diretrizes para a organização dos serviços em diferentes níveis de atenção. Na Atenção Primária destacam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e UBS Prisional (UBSP), responsáveis pelo acolhimento humanizado, identificação de sinais sugestivos de violência, notificação compulsória e encaminhamento responsável. Na Atenção Secundária/Especializada, incluem-se os CEPAV (integrantes da Rede Flores), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Policlínicas, Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU), Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL/HMIB) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A Atenção Terciária compreende Serviços Hospitalares de Emergência (SHE), hospitais gerais como o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) - referência distrital - e Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU e CBMDF). (Distrito Federal, 2025)

A construção de uma linha de cuidado eficaz para o atendimento à pessoa em situação de violência no Distrito Federal fundamenta-se em um conjunto de ações sequenciais e integradas, delineadas por diretrizes técnicas e legais. O processo inicia-se com o acolhimento, entendido como o primeiro contato qualificado e empático, que deve ser

realizado em estrita conformidade com as normativas vigentes, assegurando a dignidade e a segurança do usuário desde o acesso ao serviço.

Concomitantemente ao acolhimento, impõe-se a etapa crucial da notificação e registro. A conduta preconizada determina que todo caso suspeito ou confirmado de violência seja formalmente comunicado por meio do preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória, com o respectivo registro no prontuário e a subsequente inserção dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Esta prática não é burocrática, mas sim uma ferramenta essencial de vigilância em saúde, permitindo a visibilidade epidemiológica do fenômeno e o planejamento de ações.

Para garantir a continuidade do cuidado, a linha do DF prevê a articulação com a rede intra e intersetorial. Esta ação visa promover o seguimento do usuário de forma responsável, conectando-o aos diversos serviços de saúde e de outras políticas públicas, conforme as demandas identificadas. Neste contexto, a vinculação à Atenção Primária à Saúde surge como eixo estruturante, assegurando, por meio da longitudinalidade e do vínculo territorial, um acompanhamento permanente e integral.

Em situações específicas de violência sexual, o protocolo distingue suas condutas com base no tempo decorrido desde a agressão. Para casos recentes, com prazo de até 72 horas, o encaminhamento é imediato para uma unidade de referência habilitada para a dispensação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e da contracepção de emergência. Já para situações crônicas, que excedem esse período, a conduta desloca-se para o acompanhamento na UBS de referência, com foco no monitoramento sorológico e no rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Ademais, em casos de gestação resultante de violência, a linha de cuidado assegura que sejam fornecidas, em todos os pontos da rede, orientações completas sobre as alternativas legais disponíveis, incluindo a interrupção da gestação nos termos da lei.

Por fim, fechando o ciclo de proteção, a linha de cuidado estabelece a comunicação externa obrigatória para os órgãos de proteção e responsabilização da rede intersetorial. Esta ação é fundamental para articular a interface do sistema de saúde com as instâncias de garantia de direitos e de aplicação da justiça, consolidando uma resposta intersetorial e integral ao fenômeno complexo da violência.

No Distrito Federal, foi instituído em 2020 o Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU) mediante Portaria nº 132, de 28 de fevereiro de 2020, com o objetivo de

implementar a linha de cuidado obrigatória em Atenção à Saúde da Mulher na esfera da Atenção Ambulatorial Secundária.

Esta unidade disponibiliza prioritariamente: acolhimento de gestantes de alto risco, atendimento por equipe multiprofissional, acesso a medicamentos, pré-natal de alto risco, acompanhamento puerperal especializado, serviços em ginecologia, oncoginecologia e mastologia, exames de imagem, práticas integrativas de saúde, atendimento psicológico e social para vítimas de violência, dermatologia, endocrinologia, nutrição, inserção de DIU, e atendimento especializado para mulheres expostas à violência sexual.

CAPÍTULO IV - O CEPV GIRASSOL: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

A Portaria Nº 942, de 18 de novembro de 2019, institui o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) no âmbito do Distrito Federal, substituindo o anterior Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências (PAV). Este instrumento normativo, fundamentado no arcabouço legal que inclui a Lei Maria da Penha e normativas do Sistema Único de Saúde, estabelece o

CEPAV como serviço de referência ambulatorial especializada para acolhimento e atenção integral às vítimas de violência.

Sua estrutura operacional caracteriza-se pela atuação em regime ambulatorial, com infraestrutura física adequada para atendimentos individuais, atividades coletivas e reuniões técnicas, sendo sua equipe mínima composta por profissionais de formação interdisciplinar, incluindo assistente social, psicólogo, equipe de enfermagem, técnico administrativo e equipe médica de referência nas especialidades de ginecologia, pediatria e psiquiatria (Distrito Federal, 2019).

O funcionamento do serviço orienta-se pelos princípios da integralidade e abordagem biopsicossocial, com integração à Rede de Atenção à Saúde mediante o cumprimento de protocolos estabelecidos. Entre suas atribuições operacionais destacam-se a prestação de assistência direta, elaboração de material educativo, execução de ações de educação permanente para profissionais de saúde e parceiros da rede de proteção, e articulação com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Distrito Federal, 2019).

O Distrito Federal destaca-se nacionalmente por possuir uma das maiores coberturas de atendimento especializado em saúde para pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica, materializada por meio de uma rede estratégica composta por 17 Centros Especializados de Atendimento (CEPAV), vinculados aos Núcleos de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAV) distribuídos pelas sete regiões de saúde, e pelo Programa Violeta e o Procedimento de Interrupção da Gestação Legal (PIGL), ambos sediados na Unidade de Assistência a Situações de Violência (UPAV) do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB).

Sob a identidade simbólica da Rede Flores, que utiliza nomenclaturas alusivas a flores, essa estrutura busca consolidar uma concepção de atenção humanizada e acolhedora. Os CEPAs, distribuídos em Hospitais Regionais e Policlínicas, são fundamentais para a operacionalização da diretriz de regionalização, oferecendo serviços de ambulatório especializados e de proximidade.

Em complemento, o Programa Violeta e o PIGL, por estarem localizados em uma unidade de referência distrital materno-infantil, assumem um caráter de atendimento para casos de maior complexidade, servindo a todo o DF e à Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE). Em conjunto, constituem a referência especializada para o cuidado de vítimas de violência em todos os ciclos de vida, com atuação pautada por uma abordagem

biopsicossocial e interprofissional, visando ao acompanhamento de saúde integral dos usuários e suas famílias.

O acesso a esses serviços especializados ocorre por meio de demanda espontânea ou por encaminhamentos da rede intra e intersetorial, que inclui desde a Atenção Primária até Conselhos Tutelares, Delegacias Especializadas e o Centro Integrado 18 de maio. Trata-se de serviços de "porta aberta", não regulados pela APS, onde a priorização do atendimento e a construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS) são definidas com base em critérios clínicos, principalmente na avaliação de risco de agravos à saúde e de reincidência da violência, incluindo o risco de feminicídio.

O escopo de atuação inicia-se com o acolhimento e a identificação da história de violência, procede-se com a avaliação dos impactos na saúde e do risco de reincidência, e culmina na elaboração do PTS e nos encaminhamentos necessários dentro da rede de proteção.

A rede CEPAV apresenta especializações temáticas, com unidades de referência distrital como o CEPAV Jasmim (atenção a crianças, adolescentes ofensores sexuais e famílias), CEPAV Alecrim (autores adultos de violência sexual) e CEPAV Jardim (suporte psiquiátrico). O Programa Violeta atua complementarmente através de apoio matricial às equipes de emergência e internação, oferecendo suporte técnico-pedagógico e clínico especializado.

O CEPAV caracteriza-se pela oferta de acolhimento psicossocial especializado ao seu público-usuário, procedido pelo acompanhamento psicossocial, com significativa prevalência de mulheres, crianças e adolescentes.

Com base na experiência profissional vivenciada no CEPAV Girassol no ano de 2024, constatou-se que, no âmbito do atendimento à mulher, a atuação do serviço transcende o cuidado imediato, orientando-se também pela prevenção de novas ocorrências e pela não reincidência dos ciclos de violência.

A atuação do Serviço Social no CEPAV Girassol no enfrentamento à violência contra a mulher visava ao acolhimento da mulher e de sua realidade considerando a totalidade da realidade social, à desnaturalização da violência, ao exercício da função pedagógica da profissão através de orientações e conscientização de direitos, à realização de estudo socioeconômico para a identificação de demais intervenções, e à promoção de escuta e acompanhamento das mulheres.

Dessa forma, o exercício profissional do Serviço Social no CEPAV Girassol configurava-se como importante instrumento para o processo de rompimento do ciclo de violência. A implementação desta rede especializada representa significativo avanço na política de enfrentamento à violência no Distrito Federal, cuja efetividade depende criticamente da adequada alocação de recursos financeiros, humanos e materiais para garantir a plena operacionalização dos serviços conforme preconizado na legislação.

Seja no espaço da violência contra a mulher ou em qualquer outro espaço ocupacional, o assistente social intervém sobre um objeto de trabalho, ou seja, sobre este incide alguma ação profissional. Por isso, para o assistente social, é essencial o conhecimento da realidade em que atua, a fim de compreender como os sujeitos sociais experimentam e vivenciam as situações sociais. No caso, trabalhando com a temática da violência contra a mulher, o profissional de Serviço Social necessita aprofundar seu conhecimento sobre as múltiplas determinações que decorrem da mesma. (Lisboa, Pinheiro, 2005, p. 203)

No que tange ao acompanhamento grupal, este possibilita a troca de experiências entre as mulheres atendidas, a escuta e o fortalecimento mútuo, a criação de vínculos, além de orientações e discussões sobre temas relacionados à desigualdade de gênero, violência e direitos. Além do suporte emocional, os grupos constituíam um potente instrumento de conscientização sobre direitos, funcionando como espaço privilegiado para a discussão da Lei Maria da Penha, dos serviços da rede de proteção e para o planejamento de ações coletivas.

Dessa forma, o trabalho grupal no CEPAV Girassol transcendia a mera assistência, configurando-se como uma práxis educativa e emancipatória que potencializava a autonomia das mulheres e fortalecia sua capacidade de organização para o enfrentamento da violência de gênero.

Nesse contexto, a violência deixava de ser percebida como um problema estritamente privado e passava a ser compreendida como um fenômeno estrutural e social, o que representava um passo crucial para o rompimento do ciclo violento. A atuação profissional atuava como mediadora e propositiva, utilizando técnicas que fomentavam a criticidade, a autoestima e a reconstrução de projetos de vida.

No que se refere ao espaço físico, a unidade dispõe de infraestrutura adequada para a realização de reuniões de equipe, atividades coletivas e atendimentos individuais. No entanto, o CEPAV Girassol opera com recursos econômicos e humanos limitados, realidade que reflete

diretamente o processo de subfinanciamento crônico que afeta o Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa precariedade material evidencia-se de forma contundente quando se compara a composição da equipe atual com o quadro multiprofissional original: enquanto em sua gênese o centro contava com psicólogo, assistente social, pedagogo, nutricionista e técnico-administrativo, atualmente a equipe se resume a uma assistente social e duas psicólogas, sendo uma delas acumulando a função de chefia do centro.

Esta significativa redução do quadro profissional, associada à alta demanda de usuários no serviço, compromete o ideal de atendimento interdisciplinar preconizado pela política e sobrecarrega os profissionais remanescentes, afetando potencialmente a qualidade e a abrangência do serviço oferecido.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2009, p.12)

Ante a essa conjuntura de desmonte, a equipe profissional do CEPAV Girassol atua de forma estratégica, maximizando os recursos existentes e operando dentro dos limites institucionais impostos.

Considerando a natureza de um Centro de Especialidades para o Atendimento a Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica, o Serviço Social configura-se como disciplina indispensável na divisão sociotécnica do CEPAV Girassol. As violências manifestadas no cotidiano laboral revelam-se como expressões da Questão Social, constituindo-se em espaço privilegiado para a intervenção profissional do Assistente Social.

O assistente social se constitui como um trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho, enfrentando as expressões da questão social, mediando conflitos entre o capital e o trabalho, entre os interesses públicos e privados, enfrentando a desigualdade e as injustiças sociais que caracterizam a sociedade capitalista (Iamamoto, 2008, p. 89).

A violência, enquanto expressão das relações desiguais de gênero socialmente construídas, não constitui novidade na produção crítica do Serviço Social. Contudo, nas

últimas décadas, a violência contra a mulher, enquanto manifestação da articulação entre patriarcado e capitalismo, tem recebido crescente atenção acadêmica e profissional.

No contexto de avanço do neoliberalismo, os direitos sociais e as políticas públicas conquistados por meio das lutas de classe e dos movimentos sociais têm enfrentado significativos processos de desmonte. Articulada a essa conjuntura, a precarização das relações de trabalho, o desemprego estrutural e os ataques neoconservadores à democracia e ao setor público acentuam, sobre os grupos subalternizados, as múltiplas facetas das expressões da Questão Social e das relações baseadas na desigualdade de gênero.

Por isso, Machismo é assunto para o Serviço Social, e enfrentá-lo deve ser tarefa constante da profissão. Esperamos que reconhecê-lo em nossas práticas profissionais possa contribuir para atuação profissional ética nesse sistema que reforça tantas opressões. O patriarcado, assim como o racismo e o capitalismo, não são o fim da história (CFESS, 2017, p. 20)

Observa-se, nesse movimento, a intensificação da violência sobre segmentos historicamente vulnerabilizados pelas desigualdades sociais, com destaque para mulheres, crianças e adolescentes. É nesse contexto de acentuada vulnerabilidade social e subalternidade que a violência contra esses grupos se consolida como expressão da questão social.

Portanto, é mediante o surgimento dessas expressões no âmbito do CEPAV Girassol que o Serviço Social se afirma como profissão indispensável, demandando intervenções fundamentadas teórica e eticamente para o enfrentamento das violações de direitos. A atuação profissional neste contexto caracteriza-se pela mediação entre as demandas individuais e coletivas e as possibilidades de acesso aos direitos sociais, constituindo-se em elemento fundamental para o rompimento do ciclo de violência e para a efetivação da proteção integral preconizada pelo ordenamento jurídico brasileiro.

O Serviço Social, durante o seu exercício profissional juntamente com a mulher, deve propiciar uma reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, além de se construir em conjunto com as mesmas alternativas para que ela possa se desvincular dessa situação de violência. Por isso, é fundamental o acompanhamento psicossocial, para que ela possa se sentir mais fortalecida para superar a violência sofrida. O Assistente Social atua no atendimento às mulheres que já efetivaram a denúncia ou que irá fazê-la. Esse acompanhamento é de suma importância na medida em que o Serviço Social tem o papel de empoderar a mulher durante esse processo. (Pereira, 2019, p.262)

É com base em um dos princípios fundamentais do Código de Ética do Serviço Social que se torna possível atuar de forma efetiva no combate à violência contra a mulher e

na construção de uma sociedade livre da desigualdade de gênero. O compromisso expresso na "opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero" (CFESS, 2011, p. 24) configura-se como fundamento ético-político que orienta a atuação profissional no enfrentamento das expressões da questão social e ao combate à violência de gênero.

Este princípio não se limita a uma declaração formal, mas constitui-se em diretriz orientadora para a prática profissional no CEPAV Girassol, materializando-se no compromisso com a desnaturalização da violência contra a mulher, no reconhecimento deste fenômeno como manifestação das relações desiguais de poder, e na atuação voltada para o empoderamento das mulheres e o fortalecimento de sua autonomia. A intervenção profissional fundamenta-se, assim, na compreensão de que a violência de gênero é estruturalmente articulada com outras formas de opressão, demandando um posicionamento ético que contemple a totalidade das relações sociais em sua complexidade.

Dessa forma, o exercício profissional no CEPAV Girassol, ao articular o princípio ético da não-exploração de gênero com as dimensões teórico-metodológicas e técnico-operativas do Serviço Social, contribui para a construção de respostas profissionais qualificadas ao fenômeno da violência contra a mulher, afirmando o caráter indispensável da profissão no âmbito das políticas de enfrentamento à violência e na luta por uma sociedade efetivamente igualitária.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação permitiu compreender a violência contra a mulher como fenômeno estrutural, inscrito nas relações sociais e historicamente reproduzido pelo patriarcado e pelo modo de produção capitalista. A análise evidenciou que, no Brasil, tais

dinâmicas se manifestam de forma particularmente intensa em razão da herança colonial e escravocrata, que perpetua desigualdades de gênero, classe e raça, incidindo de maneira mais severa sobre mulheres negras e periféricas.

No âmbito das políticas públicas, verificou-se que o enfrentamento da violência contra a mulher tem avançado em termos normativos e institucionais, sobretudo a partir da Constituição de 1988, da Lei Maria da Penha e do reconhecimento do feminicídio como crime. Todavia, os indicadores de violência permanecem elevados, revelando os limites da efetividade das ações implementadas. O contexto pós-pandêmico agravou ainda mais esse cenário, com o aumento das vulnerabilidades sociais e da incidência de casos de violência doméstica e feminicídio, especialmente no Distrito Federal.

O estudo destacou o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como política social fundamental para o enfrentamento da violência de gênero, ao reconhecer a problemática como questão de saúde pública e ao estruturar serviços especializados, como o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência (CEPAV). Este se configura como espaço estratégico de acolhimento biopsicossocial, oferecendo acompanhamento integral às mulheres em situação de violência. Entretanto, constatou-se que sua atuação ainda enfrenta desafios relacionados à insuficiência de recursos, à necessidade de maior articulação intersetorial e à ampliação da cobertura para atender à crescente demanda.

A pesquisa também evidenciou a relevância do Serviço Social nesse processo, ao desempenhar funções essenciais de escuta qualificada, elaboração de planos terapêuticos singulares e articulação com a rede de proteção social. Tal atuação reafirma o compromisso da profissão com a defesa dos direitos humanos e com a promoção da integralidade do cuidado, contribuindo para a construção de respostas mais efetivas às demandas das mulheres em situação de violência.

Conclui-se, portanto, que o enfrentamento da violência contra a mulher exige não apenas a manutenção, mas o fortalecimento das políticas públicas de saúde, com investimentos adequados, formação continuada de profissionais e consolidação da intersetorialidade entre saúde, assistência social, segurança pública e justiça. O SUS, por meio de serviços como o CEPAV, demonstra potencial para se constituir em espaço de resistência e transformação social. Contudo, para que esse potencial se concretize, é imprescindível que o Estado assuma a responsabilidade de ampliar e consolidar tais políticas, garantindo às mulheres o direito à saúde e, sobretudo, o direito a uma vida livre de violência.

Referências

BARSTED, Leila Linhares. O feminismo e o enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil. In: SARDENBERG, C. M. B.; TAVARES, M. S. (orgs.). Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 17-40. (Bahianas collection, v. 19). ISBN 978-85-232-2016-7. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788523220167.0002..>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1. ed., 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). ISBN 978-85-334-0781-7.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

BUENO, Samira; MARTINS, Juliana; BRANDÃO, Juliana; SOBRAL, Isabela; LAGRECA, Amanda. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 4. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). Execução orçamentária de ações de combate à violência contra as mulheres. Estudo Técnico nº 16/2020. Brasília: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira, jun. 2020.

CISNE, Mirla Álvaro. Feminismo, luta de classes e consciência militante feminista no Brasil. 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Série Assistente Social no combate ao preconceito: machismo. Brasília: CFESS, 2019. (Caderno 6). Disponível em: <www.cfess.org.br>. Acesso em: 25 out. 2023.

COSTA, Eldessandra Santos; SILVA, Kamila Levino da. As políticas públicas frente à violência sexual contra a mulher. Nucleus, Ituverava, v. 17, n. 1, p. 239-255, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3738/1982.2278.3717..>

DISTRITO FEDERAL. Pesquisa estadual sobre violência contra a mulher no Distrito Federal. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Mulher. II Plano Distrital de Políticas para Mulheres: 2020-2023. Brasília: Governo do Distrito Federal, set. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Linha de cuidado: atenção à pessoa em situação de violência sexual, doméstica e familiar. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2025.

ENGELS, Friedrich. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Tradução de Leandro Konder. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

FERREIRA, Verônica Clemente; SILVA, Mariana Regazzi Ferreira da; MONTOVANI, Elisa Hypólito; COLARES, Larissa Gobbi; RIBEIRO, Aridiane Alves; STOFEL, Natália Sevilha. Saúde da mulher, gênero, políticas públicas e educação médica: agravos no contexto de pandemia. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, DF, v. 44, supl. 1, p. e0147, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200402..>

FLAUZINO, Jhonas Geraldo Peixoto; LIMA, Alexia Allis Rocha; SILVEIRA, Susana Gfoni da; RANULFO, Marcela Lara Albuquerque. O sistema único de saúde: seus encantos e desafios. Ponta Grossa: Atena Editora, 2022. ISBN 978-65-258-0127-8. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.278220205..>

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 5. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025. ISBN 978-65-89596-44-8.

GONZALEZ, Lélia. Feminismo afro-latino-americano. [2020]. [Zahar].

INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO. Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher. Brasília, DF: Senado Federal, Observatório da Mulher contra a Violência, 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasetenado>. . Acesso em: 7 set. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2024. Brasília: IPEA; FBSP, 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN 85-7541-071-7.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018..>

PEREIRA, Thalita Mendes. A atuação do assistente social no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. Revista de Serviço Social – Moitará, Universidade Unigranrio, ISSN 2448-2293, p. 246-256.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1976. (Coleção Sociologia Brasileira, v. 4).

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Gênero, patriarcado, violência. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio de; et al. Atlas da violência 2025. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/>. Acesso em: 7 set. 2025.