



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

RAYSSA VITÓRIA DA SILVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A
MULHER: a questão da notificação e suas implicações na assistência à saúde
da mulher**

Recife

2023

RAYSSA VITÓRIA DA SILVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A
MULHER: a questão da notificação e suas implicações na assistência à saúde
da mulher**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientador (a): Raquel Cavalcante Soares

Recife

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Rayssa Vitória da .

A POLÍTICA DE SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER: a questão da notificação e suas implicações na
assistência à saúde da mulher / Rayssa Vitória da Silva. - Recife, 2023.
86 p. : il., tab.

Orientador(a): Raquel Cavalcante Soares
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2023.

1. violência contra a mulher. 2. gênero e saúde. 3. notificação de
violência. 4. assistência à saúde. I. Soares, Raquel Cavalcante. (Orientação). II.
Título.

300 CDD (22.ed.)

RAYSSA VITÓRIA DA SILVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A
MULHER: a questão da notificação e suas implicações na assistência à saúde
da mulher**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Aprovado em: 10/10/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Raquel Cavalcante Soares (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Sandra Maria Batista Silveira (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a minha avó (*in memoriam*) e a minha mãe, pela coragem e força de viver.

AGRADECIMENTOS

Desde quando conheci a universidade, ingressar nesse ambiente se tornou um sonho para mim. Porém, a realização desse sonho se tornou amarga depois de pouco tempo de estar exatamente onde eu queria, mas, apesar de todas as dificuldades e desesperança, sei que muitos seguraram a minha mão e hoje finalizo mais uma etapa da minha vida.

Por isso, agradeço a Deus, pois acredito que sem Ele nada seria possível.

À minha mãe, Rosimere Maria, por ser meu exemplo de mulher e força. Por, em meio a tantas dificuldades, abrir mão de si, sempre ter me colocado como prioridade e ter me dado oportunidades que ela mesma não teve. Por, diversas vezes, abrir mão de seus compromissos para me acompanhar na universidade e, assim, ter sido meu amparo e colo em dias que pensei que não conseguiria sozinha. Se cheguei até aqui, certamente foi porque ela me incentivou e sustentou. Obrigada por ser minha mãe e minha maior inspiração. Te amo incondicionalmente!

A Elder Yan, por todo o apoio ao longo de toda minha trajetória de vida e acadêmica e por, juntamente à minha mãe, ter permitido por muito tempo que eu só estudasse e realizasse um sonho. Agradeço a Deus por sua vida e pela dádiva que me foi dada em ter nascido como sua irmã. És uma preciosidade para mim!

À minha Mércia, por desde pequenininha me incentivar a reservar um tempo do dia para ler e estudar. Por isso, chegar até aqui também é reflexo dos seus ensinamentos. Obrigada!

A Gabriel, por acreditar em mim mais do que eu mesma, por todo companheirismo, paciência e incentivo. Obrigada por acreditar em mim e, mais do que isso, obrigada por sempre me lembrar nos momentos de insegurança que sou capaz.

À Diana, por ser meu porto seguro e, mesmo sem palavras, acalmar meu coração em tantos momentos difíceis.

A minha tia Linda e ao meu tio Nido, por me escutar e, sobretudo, encorajar.

À Milena, por todo acolhimento, suporte e incentivo.

À minha orientadora, Raquel Soares, pela paciência, sensibilidade e, principalmente, pela excelência em ensinar.

Por fim, a mim mesma, por nunca ter desistido.

Nós vos pedimos com insistência
não digam nunca: isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia,
numa época em que reina a confusão,
em que corre o sangue,
em que o arbitrário tem força de lei,
em que a humanidade se desumaniza,
não digam nunca: isso é natural!
Para que nada possa ser imutável!
(Bertolt Brecht).

RESUMO

O presente estudo monográfico tem como temática a violência contra a mulher e suas relações com a política de saúde, concentrando-se, principalmente, na ficha de notificação de violência. O objetivo geral do estudo se direciona a discutir sobre as configurações e possíveis contradições do processo de notificação de violência contra as mulheres na rede SUS. Quanto aos aspectos metodológicos, tem-se o materialismo histórico-dialético como o método que fundamenta a pesquisa, pois se parte do entendimento que não é possível compreender o fenômeno da violência por si só. Adota-se a abordagem qualitativa e o caráter exploratório, utilizando como instrumento para a coleta de dados a pesquisa bibliográfica e documental. Como principais resultados, observa-se que a violência, em seus aspectos gerais e mais específicos, possui raízes históricas e passa a se configurar como um elemento estrutural no desenvolvimento social, político e econômico do país; que, embora seja um problema mundial de saúde pública, muitos desafios se colocam frente ao estabelecimento de uma abordagem intersetorial e multidisciplinar, tendo a falta de concepção da violência como um tema que compete à saúde, desconhecimento sobre a notificação e sua obrigatoriedade, sobre a rede de enfrentamento, etc., como impeditivos frente o estabelecimento de uma intervenção resolutiva. Ademais, destaca-se que, apesar da importância que a política de saúde exerce no atendimento aos casos que envolvem violência, seu enfrentamento, situado em uma política que se encontra em processo de contrarreforma, expressa uma certa racionalidade que impõe limites à assistência e, conseqüentemente, impacta a saúde da mulher vítima de violência.

Palavras-chave: violência contra a mulher; gênero e saúde; notificação de violência; assistência à saúde.

ABSTRACT

The present monographic study addresses the theme of violence against women and its relationship with the healthcare policy, with a particular focus on the violence notification form. The overarching objective of this study is to discuss the configurations and potential contradictions within the process of reporting violence against women within the SUS. Methodologically, the research is grounded in historical-dialectical materialism as the guiding method, as it is understood that the phenomenon of violence cannot be comprehended in isolation. This study utilizes a qualitative and exploratory research approach, relying on bibliographic and documentary research for data collection. As for the main findings, it is evident that violence, in both its general and specific aspects, has historical roots and has become a structural element in the social, political, and economic development of the country. Despite being a global public health issue, numerous challenges hinder the establishment of an interdisciplinary and multidisciplinary approach, such as the lack of recognition of violence as a healthcare concern, insufficient awareness of reporting requirements, and the complexity of the support network. These obstacles impede the development of effective interventions. Furthermore, it is noteworthy that despite the significant role of healthcare policy in addressing cases involving violence, its implementation, situated within a policy undergoing a counter-reform process, reflects a certain rationality that imposes limits on assistance and consequently impacts the health of women who are victims of violence.

Keywords: violence against women; gender and health; notification of violence; health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Tipologia e natureza de atos violentos	23
Figura 2	Retrato da violência contra a mulher de 2017 a 2023	34
Figura 3	Vitimização de mulheres por renda mensal	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres	65
Tabela 2	Inflexões sobre a assistência à saúde da mulher em contexto de violência	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Registros de notificação de violência de 2009 a 2022	25
-----------	--	----

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
COVID-19	Coronavírus Disease 19
DDM's	Delegacias de Defesa da Mulher
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISP	Instituto de Segurança Pública
MPC	Modo de Produção Capitalista
NCI	Notificação Compulsória Imediata
NCS	Notificação Compulsória Semanal
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RSB	Reforma Sanitária Brasileira

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. A VIOLÊNCIA E SUAS EXPRESSÕES NO BRASIL.....	19
2.1 Violência: conceito e particularidades da sociedade brasileira.....	19
2.2 Violência contra as mulheres e determinações de gênero, classe e raça no contexto ultraneoliberal e conservador.....	27
3. A POLÍTICA DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO E ASSISTÊNCIA À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	37
3.1. Política de saúde em contrarreforma: destituição da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.....	37
3.2. Violência como um problema de saúde pública e a importância do setor saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres.....	47
4. A QUESTÃO DA NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	55
4.1. As configurações e contradições da notificação da violência contra a mulher.....	55
4.2. Inflexões sobre a assistência à saúde da mulher vítima de violência.....	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho monográfico tem como objeto de estudo a violência contra a mulher e em como a política de saúde vem se configurando no enfrentamento e assistência dada às mulheres vitimadas; tendo como principal foco as configurações e possíveis contradições existentes no processo de notificação de violência.

A aproximação com o tema se deu, sobretudo, a partir da experiência vivenciada no campo de estágio. Dessa forma, quanto à motivação pela escolha da temática, destaca-se que ao estar inserida em uma unidade de saúde pública, de alta complexidade que não é tida como referência em atendimento aos casos de violência e ao observar que incidem de forma bastante expressiva casos que derivam deste problema naquele determinado hospital, muitos foram os questionamentos que surgiram em relação ao fenômeno e em como este é concebido e enfrentado - levando em consideração, principalmente, o preenchimento da ficha de notificação - dentro de unidades hospitalares.

Certamente aqui não se parte da compreensão do setor saúde como único órgão responsável para lidar com os casos de violência e todos os seus desdobramentos, mas considerando que desde fins da década de 1980, o fenômeno da violência passa a ser considerado mundialmente como um problema de saúde pública, ainda que, como já constatou Minayo (2004), a sua inserção na agenda do setor saúde desvele-se como difícil e lenta; partimos em direção de compreendê-lo e ressaltá-lo como um setor primordial no enfrentamento, tendo em vista que os índices de violência que o país apresenta incidem diretamente e também nas unidades de saúde e que a problemática em questão atinge as condições de saúde e, portanto, de vida dos indivíduos.

Os dados sobre violência no Brasil sempre foram alarmantes e, ao realizar uma breve pesquisa, isto é, sem entrar em muitas particularidades dos casos notificados, na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2021¹ é possível constatar que foram realizadas 409.910 notificações no país inteiro. Ao fazer a exclusão das violências autoprovocadas, visto

¹ Dados atualizados em 02/2023, mas ainda sujeitos a revisão.

que não se trata do objeto da pesquisa, o sistema indica a realização de 249.544 notificações, onde 178.272 destas notificações correspondem a pessoas do gênero feminino, 71.158 ao gênero masculino e 114 em que não há indicação de gênero² (Brasil, 2021).

Salienta-se que desse quantitativo de notificações não é possível estimar quantas foram realizadas especificamente por unidades de saúde da rede SUS, mas é possível visualizar em termos numéricos, ainda que tenhamos consciência da existência dos muitos casos que são subnotificados, a dimensão e gravidade do fenômeno, assim como, visualizar a disparidade existente quando se faz o recorte de gênero. Nesse sentido, considerando que a violência se constitui como um fenômeno extremamente complexo e multifacetado e o fato de que a mesma atinge homens e mulheres de formas distintas, ressalta-se aqui a importância de abordar a problemática nas especificidades que assume enquanto violência contra a mulher.

Destarte, é imprescindível ressaltar que ao falarmos de violência contra a mulher estamos também falando sobre o regime patriarcal e o Modo de Produção Capitalista (MPC), visto que, as violências empreendidas, neste caso, contra as mulheres, são produtos destes dois sistemas que atuam conjuntamente e estabelecem historicamente relações de desigualdades de gênero, que se associam às de classe e raça e, a partir disso, desencadeiam processos de dominação e subordinação que, cabe dizer, estruturam nossa sociedade desde os períodos mais remotos.

Assim, adentrando nas particularidades da violência contra a mulher, é possível constatar que essa categoria mais específica da violência também se configura como um fenômeno com raízes históricas. Ao pensar no Brasil, sobretudo no Brasil Colônia, além das mais diversas violências às quais eram submetidas, as mulheres indígenas e, principalmente, as mulheres negras escravizadas eram constantemente esturpadas pelos senhores de engenhos³ (Cartacapital, 2016).

Isto é, a exploração ultrapassava a esfera física e, sistematicamente, contemplava também a violação sexual destas mulheres. Considerando isso, é importante salientar que existem vários tipos de violências, não se restringindo

² Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>> Acesso em: 06 jul. 2023.

³ Ver mais em : <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/cultura-do-estupro-o-que-a-miscigenacao-tem-a-ver-com-isso/>>. Acesso em: 06 jul. 2023.

somente às violências físicas e, portanto, palpáveis, mas também a “ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral” (Saffioti, 2015, p. 18).

Apesar dessa herança, apenas muito recentemente foram empreendidos esforços para combater e prevenir a violência que inflige as mulheres, e na linha de frente deste enfrentamento destaca-se toda a atuação desempenhada pelo movimento feminista e de mulheres. Somente a partir da luta destes movimentos que muitos foram os ganhos conquistados, seja no sentido de dar visibilidade, ainda que seja constantemente banalizada e reproduzida, seja no desenvolvimento de medidas de enfrentamento, porém, intensos são os desafios para que tais medidas sejam efetivamente aplicadas (Lisboa; Pinheiro, 2005). Portanto, é considerando essas questões e o fato de que o Serviço Social se propõe a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo” (CFESS, 1993, p. 23) que se julga relevante partir em uma direção de fomentar o debate acerca da temática que, vale ressaltar, está longe de se esgotar.

Dessa forma, reconhece-se a necessidade de aproximação com as particularidades que a violência contra a mulher assume. Ademais, afirma-se também a urgência de se desenvolverem políticas públicas que atendam essas especificidades; além de ressaltar a ficha de notificação como um instrumento potente no dimensionamento e visibilidade da violência contra a mulher, dado que, esta, devido sua estrutura que possibilita a abordagem das singularidades que atravessam os casos em que ocorrem violência, configura-se como um instrumento estratégico no enfrentamento da problemática.

Assim, considerando a histórica violência existente no país e as conquistas relativas à política de saúde pública no enfrentamento à violência contra as mulheres, questionamos: A ficha de notificação de violência tem se constituído como uma estratégia amplamente incorporada pela rotina de assistência à saúde das mulheres vítimas de violência no SUS? Que configurações a estratégia de notificação da violência contra as mulheres vem tendo no SUS? Que possíveis impactos e inflexões estas configurações têm sobre a assistência prestada à mulher vítima de violência?

Tendo em vista essas questões, o objetivo geral do estudo se voltou para discutir as configurações e possíveis contradições do processo de notificação de

violência contra mulheres na rede SUS. Os objetivos específicos voltaram-se para debater a problemática da violência contra mulher e a desigualdade de gênero na sociedade brasileira; examinar o enfrentamento da violência contra as mulheres na política de saúde, suas contradições e mediações com o Estado e a sociedade civil; debater a importância da notificação da violência contra a mulher na relação com a assistência à saúde na rede SUS.

À vista disso, quanto aos aspectos metodológicos adotados, tem-se o materialismo histórico-dialético como o método que fundamenta a pesquisa, visto que, aqui se parte do entendimento de que não é possível compreender o fenômeno da violência, sobretudo, da violência contra a mulher por si só, isto é, de forma isolada de todo o complexo histórico social, político e econômico que o envolve e determina.

Ainda sobre os aspectos metodológicos, este estudo monográfico partiu de um caráter exploratório com o intuito de produzir aproximação, reflexão e questionamentos sobre o tema e, conseqüentemente, sobre como a realidade se revela. Nesta perspectiva, a pesquisa vem a se caracterizar como de abordagem qualitativa que, como aponta Minayo (2011, p. 21) “[...] trabalha com os significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

Dessa maneira, por meio da abordagem qualitativa, os esforços apreendidos ultrapassam a dimensão da aparência do fenômeno e dos aspectos que podem ser quantificados, possibilitando, assim, uma análise mais profunda da temática que se pretende abordar. Sendo assim, julga-se pertinente a aplicação da abordagem qualitativa, sobretudo porque muitas camadas permeiam e constituem as violências, especialmente as que são empreendidas contra as mulheres, suas manifestações e formas de enfrentamento.

Em relação aos instrumentos para a coleta de dados, Gil (2008) aponta que a pesquisa bibliográfica e documental são bastante semelhantes, sendo o caráter das fontes dos dados que serão analisados a principal característica que as diferencia. Assim, o autor pontua que enquanto a pesquisa bibliográfica bebe de fontes que já receberam tratamento analítico como, por exemplo, artigos científicos, a pesquisa documental fundamenta-se em fontes que ainda não receberam tal tratamento, sendo estas “documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc.” (Gil, 2008, p. 51).

Considerando isso, o presente trabalho configura-se como bibliográfico, na medida em que se materializou a partir da leitura crítica e, posteriormente, interpretativa de livros e artigos científicos dispostos na base de dados do Google Acadêmico e SciElo. Enfatiza-se aqui os principais autores que foram utilizados: Saffioti (2015), Lerner (2019), Narvai (2022), Minayo (2006), dentre outros. Além disso, caracteriza-se também como de cunho documental tendo em vista que foram analisados os conteúdos, do relatório de pesquisa “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil” (FBSP, 2023), o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2022), a Lei nº 11.340/2006, a Lei nº 8.080/1990, assim como, a Portaria nº 204/2016.

Diante do exposto, este estudo monográfico está dividido em 03 capítulos, além desta introdução e das considerações finais. Assim, o primeiro capítulo, intitulado por **A VIOLÊNCIA E SUAS EXPRESSÕES NO BRASIL**, aborda acerca de como a violência vem se expressando na sociedade brasileira se tornando, assim, um elemento intrínseco ao desenvolvimento do país. Ademais, aborda também como o fenômeno se expressa na sua especificidade de violência contra a mulher.

O segundo capítulo, intitulado por **A POLÍTICA DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO E ASSISTÊNCIA À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES**, discute sobre a política de saúde em processo de contrarreforma e, portanto, de destituição da saúde enquanto um direito fundamental de todo indivíduo. Com base nisso, busca discutir também a importância que o setor saúde possui na assistência prestada às mulheres em contexto de violência.

O terceiro capítulo, intitulado por **A QUESTÃO DA NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES**, traz sobre os elementos que configuram o processo de notificação compulsória e suas contradições, bem como, as inflexões que se lançam frente a assistência à saúde da mulher em situação de violência. Por fim, tem-se as considerações finais e os elementos pós-textuais.

2. A VIOLÊNCIA E SUAS EXPRESSÕES NO BRASIL

*“[...] a violência é fundadora de uma sociedade dividida e desigual, fundada em relações de dominação e de submissão”
(Santos, 2002, p. 23).*

Neste capítulo, objetiva-se, em um primeiro momento, discutir sobre as raízes históricas da violência, seu conceito e características e em como a mesma repercute e se expressa nos dias atuais. Posteriormente, direciona-se a abordar, sobretudo, o recorte de gênero, mas também de raça e classe, que associados ao patriarcado e capitalismo são fatores determinantes na dinâmica da violência contra a mulher.

2.1 Violência: conceito e particularidades da sociedade brasileira

De acordo com Girard (1988), “toda sociedade se instaura sob a base de uma violência fundadora, que suplanta as demais, efetivas ou latentes” (*apud* Marcondes Filho, 2001, p. 21). Ou seja, é possível compreendermos que as manifestações das violências que apreendemos no contexto atual são resultantes de violências que anteriormente foram instauradas. Portanto, pode-se afirmar que toda sociedade possui um passado violento e se estrutura a partir disso, digo, a partir de uma violência fundante.

Dessa maneira, ao analisar a história social do Brasil, quando depara-se com a chegada - leia-se invasão - dos portugueses em solos brasileiros, observa-se também um intenso processo de apropriação da terra, imposição cultural e religiosa, exploração da força de trabalho e, sobretudo, de extermínio dos povos nativos, como também, dos povos africanos, homens e mulheres, de crianças a idosos, que foram traficados e mantidos em condições precárias com o único propósito de serem vendidos e explorados.

[...] quando os brancos chegam neste pedaço do mundo que chamam América, algumas tribos moravam na praia e os brancos chegaram de navio e foram passar ao fio da espada nossos parentes, e foram destruindo a nossa forma de organização e de vida. Aquele navio que chegou na praia, ele trazia alguns homens que portavam espadas e alguns homens que portavam uma espada que em vez de ser empunhada pelo cabo, era empunhada pela lâmina, que eles chamavam de cruz. [...] Esses 500 anos da chegada dos barcos significam uma terrível guerra de extermínio contra o nosso povo. Não significam, de jeito nenhum, uma boa nova. Significam o começo do nosso desaparecimento, [pois fomos] passados ao fio da

espada, da doença, da violência, da brutalidade, da desagregação social e cultural (Krenak, 2015, p. 155-156, *apud* Narvai, 2022, p. 23-24).

Isto é, deparamo-nos com o estabelecimento de uma série de violências dada pela classe dominante a aqueles tidos como os sujeitos passíveis a serem dominados. Vale ressaltar que, tal como pontua Bernaski e Sochodolak (2018), em todos esses processos, o capital desvela-se como a força motriz das práticas violentas, haja vista que as mesmas são inerentes aos sistemas que aqui foram implantados, digo, ao escravismo colonial e posteriormente a um modelo de sociedade determinada pelo capitalismo dependente, tendo em vista que estes sistemas se fundam a partir destas violências e, sobretudo, as produzem.

[...] como a violência foi integrada à história da formação da sociedade brasileira. Assim, é importante afirmar que desde o processo de colonização, que instituiu práticas de poder autoritário, em que o colonizador subjugou povos nativos e escravizados, a violência se fez presente. Nossos índios foram adulterados culturalmente e biologicamente. Além de terem sido simbolicamente sequestrados do seu tempo e espaço, foram fisicamente violentados, quando não pelo castigo, por práticas de estupro promovidos pelo branco português. Darcy Ribeiro (1996) mostra que o processo de catequização indígena serviu como meio de alienação e combate a uma suposta rebeldia ao trabalho forçado; produziu a contaminação por doenças estranhas ao seu cotidiano, como sífilis e tuberculose; e foi racionalmente imposta e disseminada aos índios e índias, agindo como “bombas virais” promotoras de altíssimo índice de mortalidade; as tribos que tentavam resistir às imposições do colonizador eram inteiramente exterminadas (Soares, 2015, p. 93-94).

Com base nisso, o uso das violências, em seu sentido mais amplo, caracteriza-se como método que “organiza as relações de poder, de território, de autodefesa, de inclusão e exclusão e institui-se como único paradigma” (Marcondes Filho, 2001, p. 22). Ou seja, desde os primórdios da formação social brasileira a violência é tida como um método potente de controle social e que, apesar de estarmos séculos à frente do período colonial, ainda se conserva o fenômeno como estratégia de controle da sociedade.

Salienta-se que esse controle se sobrepõe a métodos que partem de uma perspectiva emancipatória e, conseqüentemente, segue atingindo negativamente uma parcela específica da população e infligindo os direitos humanos mais básicos de todo cidadão.

O processo histórico brasileiro pautado na escravidão, não só atingiu a cultura, a psicologia, a economia e a sociedade no seu contexto específico, mas marcou profundamente a dinâmica do desenvolvimento socioeconômico e cultural do Brasil pós-escravidão (Santos, 2015, p. 104).

Logo, o fenômeno se enraíza na sociedade brasileira a ponto de se tornar um dos elementos fundamentais na continuidade da formação social, política e econômica do país. Porém, na medida em que se torna peça intrínseca à sua formação, ocorre também o processo de naturalização e, portanto, de invisibilidade e reprodução de um problema extremamente complexo; e muito desse processo ocorre porque “[...] no Brasil, a existência da violência é negada no momento mesmo em que é exibida. Refiro-me à produção de imagens da violência que ocultam a violência real e a procedimentos ideológicos que a dissimulam” (Chauí, 2021)⁴.

Sendo assim, o fenômeno é estrategicamente conservado e direcionado de formas diversas a grupos e indivíduos também diversos. Dessa forma, Chauí (1999)⁵ traz que:

Dessa maneira, as desigualdades econômicas, sociais e culturais, as exclusões econômicas, políticas e sociais, o autoritarismo que regula todas as relações sociais, a corrupção como forma de funcionamento das instituições, o racismo, o sexismo, as intolerâncias religiosa, sexual e política não são considerados formas de violência, isto é, a sociedade brasileira não é percebida como estruturalmente violenta e por isso a violência aparece como um fato esporádico superável.

À vista disso, ainda que sejam construídas explicações e imagens que venham deturpá-la e apontá-la enquanto um fato superável, o exercício da violência não se esgota naquelas tidas como violências físicas e, portanto, não há apenas uma única forma de exercê-la. Muitas faces constituem o fenômeno e, por isso, diferentes tipologias possibilitam a sua materialização que, vale ressaltar, está longe de ser um fato infrequente, tampouco superável.

Nesse sentido, ao correr pelo caminho contrário daquele estabelecido pelo sistema que conduz nossa sociabilidade, intenciona-se, de fato, dar nome e conceito a problemática. Porém, devido sua complexidade e multicausalidade, chegar a uma definição exata do fenômeno violência torna-se uma atividade extremamente difícil. Todavia, acerca do conceito, Santos (1996 *apud* Coelho *et al.*, 2014, p. 12) aponta que

A violência configura-se como um dispositivo de controle aberto e contínuo, ou seja, a relação social caracterizada pelo uso real ou virtual da coerção, que impede o reconhecimento do outro, pessoa, classe, gênero ou raça, mediante o uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano,

⁴Ver mais em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2021/06/01/pela-graca-de-deus-o-autoritarismo-social-como-origem-e-forma-da-violencia-no-brasil/>>. Acesso em: 08 jul. 2023.

⁵ Ver mais em: <https://www1.folha.uol.com.br/fol/brasil500/dc_1_4.htm>. Acesso em: 08 jul. 2023.

configurando o oposto das possibilidades da sociedade democrática contemporânea.

Minayo e Souza (1998 *apud* Coelho *et al.*, 2014, p. 12), indicam que a violência é “qualquer ação intencional, perpetrada por indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e (ou) espirituais”. Ainda nessa perspectiva, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) a violência vem a ser definida enquanto o

Uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (Krug *et al.*, 2002, p. 5).

Interessante salientar que a definição de violência dada pela OMS (2002), é levando em conta a relação do fenômeno com a saúde e o bem estar dos indivíduos. Sendo assim, é exposto que “determinados comportamentos, como bater na esposa, podem ser considerados por algumas pessoas como práticas culturais aceitáveis, mas são considerados atos violentos, com importantes implicações para a saúde da pessoa” (Krug *et al.*, 2002, p. 5).

Ainda com base no Relatório mundial sobre violência e saúde, é posto que a violência se divide em três grandes grupos, sendo eles a violência autoinfligida, a violência interpessoal e a violência coletiva. O primeiro grupo refere-se aos atos que são efetuados contra si mesmo, dividindo-se em comportamentos suicidas e autoabuso (OMS, 2002). O segundo, divide-se em dois subgrupos, sendo eles

Violência da família e de parceiro(a) íntimo(a) ou seja, violência que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa.

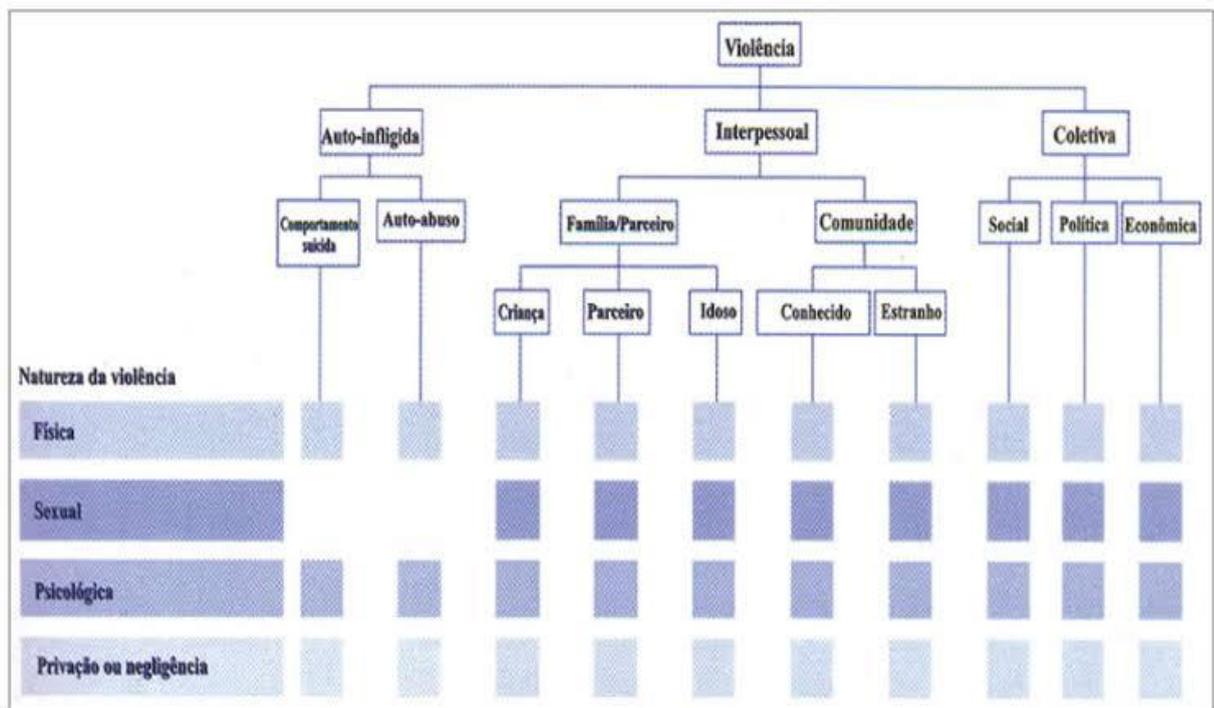
Violência comunitária – violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa (Krug *et al.*, 2002, p. 6).

E, por fim, o terceiro grupo que “diferentemente das outras duas categorias, as subcategorias de violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados” (Krug *et al.*, 2002, p. 06). Neste caso, a violência coletiva compreende a violência social, política e econômica. A vista disso, Minayo (2006) acrescenta mais uma categoria a tipologia das violências, sendo ela, a violência estrutural.

A autora supracitada, pontua que “essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e ‘cronificam’ a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes” (Minayo, 2006, p. 81), além de que atua como fundamento para outros tipos de violência e “se perpetua nos micro e macroprocessos sócio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação” (Minayo, 2006, p. 81).

Dentro desses grupos muitas são as naturezas dos atos praticados, sobre isso a OMS (2002) sinaliza que os atos de violências que ocorrem, por exemplo, dentro das tipologias anteriormente citadas podem ser de natureza física, psicológica, sexual e de privação ou negligência, conforme pode ser visualizado na figura 1.

Figura 1 - Tipologia e natureza de atos violentos



Fonte: OMS (2002).

À luz disso, cabe pensar como tais violências se expressam atualmente na sociabilidade a qual estamos inseridos. Os dados sobre o fenômeno no país sempre foram alarmantes, mas podemos apreender um eclodir a partir de 2018, tendo em vista que, o presidente eleito naquele determinado período fomentou e legitimou, dentre os quatro anos que esteve *(des)governando* o país, de forma extremamente

perversa as mais diversas formas de violências. Incentivo este que ultrapassou a esfera do discurso e se materializou na atuação política, assim como, foi socialmente reproduzido.

Logo, nesse período, entrou em curso mais intensamente um projeto político que se propôs a combater a chamada “ideologia de gênero”⁶, que se opôs à defesa dos direitos humanos, que tratou a perspectiva da igualdade enquanto um pandemônio, que agudizou a misoginia, outras formas de preconceitos e opressão,

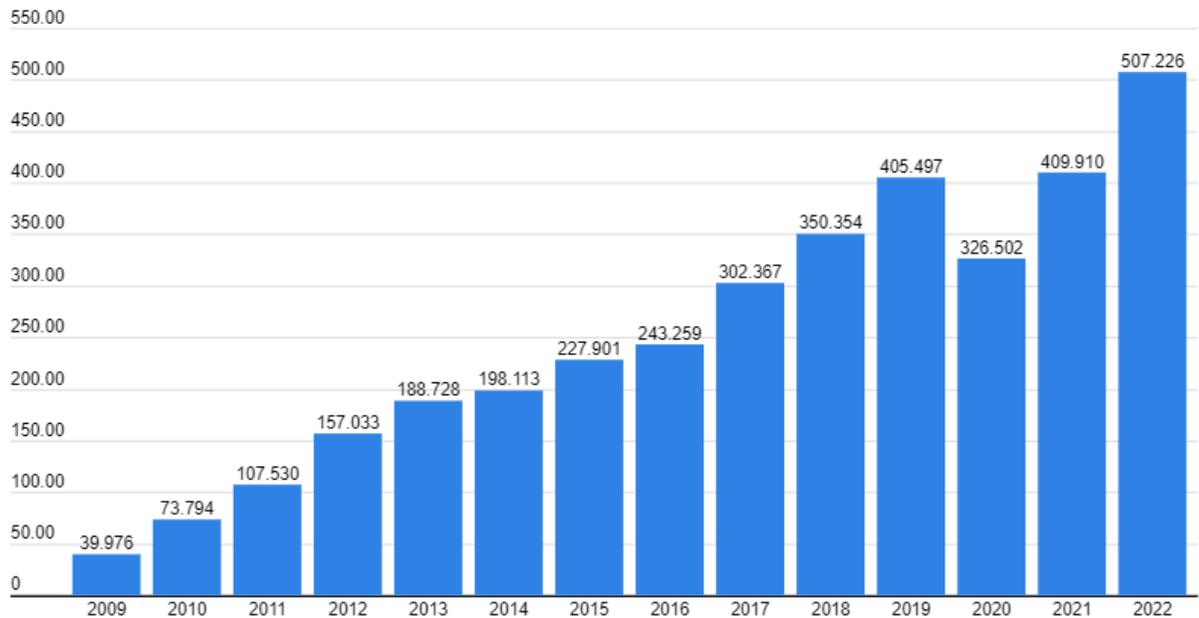
Tendo isso em vista, ao fazer uma busca na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sobre o quantitativo geral das notificações⁷ que, por exemplo, foram realizadas no último ano, o sistema indica o registro de 507.226 notificações (Brasil, 2022). Vale ressaltar, mais uma vez, que os dados referentes aos últimos dois anos, apesar de terem sido atualizados em 2023, ainda estão sujeitos a revisão, ou seja, o quantitativo agora visualizado pode ser alterado.

Como também, cabe salientar que a base de dados em questão passa a fazer registros a partir de 2009. Sendo assim, ao analisar tais registros, percebe-se que a partir de 2021 os dados de notificações passaram a aumentar em escalas nunca antes registradas, por exemplo, de 2020 a 2021 houve um aumento de 83.408 notificações. Assim, o gráfico a seguir ilustra como em 14 anos os dados acerca das notificações foram aumentando.

⁶Termo erroneamente utilizado, principalmente pelos setores conservadores, para se referir ao debate sobre as questões de gênero. A partir disso, acusa-se que, sobretudo, as crianças são doutrinadas a assumirem uma identidade de gênero e orientação sexual contrária aquela determinada pelo sexo biológico e, portanto, são doutrinadas contra os valores da família tradicional e cristã brasileira.

⁷Vale ressaltar que a busca não foi realizada considerando exclusivamente os registros de notificações de violências que foram empreendidas contra as mulheres, mas foi feita observando o cenário geral das notificações de violências.

Gráfico 1 - Registros de notificação de violência de 2009 a 2022



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINAN (2009-2022).

Chama atenção o fato de que houve uma queda nos registros em 2020, ano este marcado pela pandemia de Covid-19, pela imposição do isolamento social e a propagação de diversos discursos de ódio do então presidente do país. Todos esses fatores associados tiveram rebatimentos diretos tanto nas ocorrências, quanto nas notificações das violências. Quero dizer, na medida em que esse contexto impactou e fomentou alguns tipos específicos de violência, por exemplo, a violência contra a criança e contra as mulheres; impactou, também considerando o contexto de isolamento e dificuldade de acesso, assim como, de naturalização, o registro dessas violências.

Por exemplo, durante o período de isolamento social houve redução da violência no contexto urbano. Visto isso, de acordo com os dados do Instituto de Segurança Pública (ISP) do Rio de Janeiro, Bertoni (2020) aponta que os casos de roubos nas ruas do estado apresentaram uma redução de 52%; ao comparar o mês de março de 2019 e 2020, a pesquisa indica que houve uma queda de 11.892 para 5.699 casos. Isso muito se justifica pelo fato de que o isolamento social fez reduzir também a circulação tão intensa de pessoas nas vias públicas.

Em contrapartida, salienta-se que houve o crescimento da violência doméstica, também sob a mesma justificativa, assim, “apenas entre 17 e 25 de março, primeiros dias de quarentena, o disque 180, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, recebeu 10% mais denúncias do que no mesmo período de 2019” (Bertoni, 2020). Ademais, ressalta-se que, na medida em que houve o aumento dos casos, há de se considerar os casos subnotificados mediante as dificuldades que as vítimas podem encontrar diante da situação de violência. Dessa forma, ainda que os números sejam espantosos, os mesmos não contemplam a totalidade dos casos de violência, dado que, muitos não chegam aos serviços e, ainda que cheguem, podem não ser identificados.

Para além disso, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2019) ocorreram no país, somente em 2019, 45.503 homicídios. Destes, o IPEA aponta que 30.825 foram causados por armas de fogo. Ainda sinaliza que o grande alvo destes homicídios foram homens e mulheres pardas, representando, respectivamente, 62,7% e 58,9% dos casos. Assim como, indica que aproximadamente 50% dos homens e mulheres que foram vitimados possuíam poucas instruções, tendo apenas de quatro a sete anos de estudo.

Já de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2022), apesar de 2021 haver uma redução no índice de mortes violentas e intencionais, tal redução até então se mostra muito tênue, de forma não homogênea e denuncia que “o Brasil ainda convive com cenários de violência extrema que preocupam muito e revelam a fragilidade dos arranjos institucionais da segurança pública no país” (FBSP, 2022, p. 29).

Ademais, ainda de acordo com o documento citado anteriormente, é assinalado que o país “tem 2,7% dos habitantes do planeta e 20,4% dos homicídios” (FBSP, 2022, p. 14) e que as pessoas negras (77,9%), sobretudo os homens, são as maiores vítimas. Outrossim, aponta o crescimento nos casos de racismo, violência contra a mulher, contra crianças e adolescentes, dentre outros. Dessa forma, tal como pontua Escorsim (2014, p. 237-238)

A caracterização das manifestações da violência é de vital importância, na medida em que esta desnaturaliza as práticas cotidianas cristalizadas em relações sociais historicamente patriarcais, autoritárias, elitistas e conservadoras, como é o caso brasileiro, em especial, na violência de gênero (destaca-se a de homens contra mulheres), étnico-raciais (brancos contra negros, contra judeus, contra ciganos, indígenas e outros) e geracionais (adultos contra crianças, adolescentes e idosos).

Portanto, traçar o perfil da violência no país torna-se extremamente importante, visto que, além de dar visibilidade ao fenômeno, os resultados subsidiam o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento, principalmente em um cenário que urge o desenvolvimento e aprimoramento dessas políticas, pois mesmo que esteja sob uma nova gestão, é evidente que ainda permanece todo o *modus operandi* do bolsonarismo. Ademais, entende-se que tão importante quanto caracterizar e dar visibilidade a violência em sua categoria mais ampla, faz-se relevante também caracterizá-la em suas categorias mais específicas como é o caso, aqui, da violência contra a mulher.

2.2 Violência contra as mulheres e determinações de gênero, classe e raça no contexto ultraneoliberal e conservador

Para adentrar na discussão sobre violência contra a mulher, é preciso primeiro discutirmos sobre como as relações de gênero foram se construindo e, a partir disso, entender qual espaço foi/é destinado às mulheres. Tal questão, associada às imbricações que existem com o patriarcado e capitalismo, visto que, atende aos seus interesses, são determinantes para o desencadeamento da violência contra a mulher.

Historicamente, tanto as mulheres quanto os homens são submetidos a definições fundamentadas apenas a partir de aspectos biológicos, porém apenas um destes dois grupos têm suas vivências inferiorizadas em detrimento do outro. Nesse sentido, há autores que compreendem as relações de gênero com base no determinismo biológico e, portanto, de forma reducionista e sexista. Por exemplo, Lerner (2019, p. 45) afirma que "o humano normal de Freud era macho; a fêmea era, de acordo com sua definição, um ser humano desviante sem pênis, cuja completa estrutura psicológica concentrava-se, segundo supunha, no esforço em compensar essa deficiência".

Com base nisso, pode-se apreender como a genitália masculina está associada ao poder e, conseqüentemente, a ideia de superioridade. Mais adiante, a autora complementa informando que "as aplicações da teoria freudiana à criação dos filhos e à literatura popular de autoajuda, não raro vulgarizadas, deram novo

prestígio ao velho argumento de que o principal papel da mulher é ter e criar filhos" (Lerner, 2019, p. 45).

[...] meninos são preparados para participar da esfera pública. Meninas, identificando-se com a mãe e sempre mantendo a relação primária próxima com ela, ainda que transfiram o interesse amoroso para homens, são preparadas para maior participação nas "esferas dos relacionamentos". Meninos e meninas definidos pelo gênero são preparados "para assumir papéis de gênero adultos, que, em grande parte, situam mulheres dentro da esfera de reprodução em uma sociedade desigual em termos de sexo" (Lerner, 2019, p. 74).

Ou seja, em detrimento de sua condição e diferenças biológicas, as mulheres historicamente são tidas como naturalmente inferiores aos homens e tem sua função social limitada à maternidade e ao cuidado, isto é, ao âmbito privado. Assim, "enquanto os homens institucionalizavam sua dominância na economia, na educação e na política, as mulheres eram encorajadas a se adaptar a seu *status* de subordinação por uma ideologia que deu à função materna um significado superior" (Lerner, 2019, p. 55).

Logo, não é esta a perspectiva que se defende neste trabalho. Acredita-se que "atributos sexuais são fatos biológicos, mas gênero é produto de um processo histórico" (Lerner, 2019, p. 47), e que este "vem sendo o principal responsável por determinar o lugar das mulheres na sociedade" (Lerner, 2019, p. 48).

Ademais, acredita-se que é deste artifício que o sistema patriarcal, ao longo da história, vem se utilizando para estabelecer relações assimétricas e, sobretudo, de exploração-dominação dos homens sobre as mulheres, pois é fato "que todas as sociedades do passado remoto, do passado mais próximo e do momento atual comportaram/comportam a subordinação das mulheres aos homens" (Saffioti, 2015, p. 111).

Assim, compreende-se aqui o gênero como "uma categoria criada para demonstrar que a grande maioria das diferenças entre os sexos são construídas social e culturalmente a partir de papéis sociais diferenciados que, na ordem patriarcal, criam pólos de dominação e submissão" (Cunha, 2014, p. 150). Além disso, tal compreensão se dá por meio da articulação entre as questões de raça e de classe, pois assim como pontua Saffioti (2015) ambos atuam enquanto eixos estruturantes da sociedade, estando uma questão amarrada à outra.

Diante disso, o patriarcado "se estabelece como um pacto masculino para garantir a opressão de mulheres, as quais tornam-se seus objetos de satisfação

sexual e reprodutoras de seus herdeiros de força de trabalho e de novas reprodutoras” (Saffioti, 2004, p. 105 *apud* Cunha, 2014, p. 154). Em outras palavras, funda-se um sistema de dominação o qual confere ao homem o direito político e acesso às mulheres, seus corpos e liberdade. Dominação esta que, conforme Saffioti (2015), não se restringe ao âmbito familiar, mas também perpassa a sociedade civil e o Estado.

Cabe destacar que desde os tempos coloniais, em contexto brasileiro, há a relação do patriarcado e a escravidão. Ainda que de modo geral, Aronovich (2019, p. 23 *apud* Lerner, 2019) pontua que "a escravidão teve início com homens escravizando mulheres e que uma história comum e universal de escravização das mulheres envolve o estupro". Além disso, acrescenta que "desde o início da escravidão, homens escravos eram explorados para o trabalho. Já as mulheres escravas eram exploradas para o trabalho, para serviços sexuais e para a reprodução" (Aronovich, 2019, p. 24 *apud* Lerner, 2019).

Dessa maneira, como já foi mencionado neste trabalho, as mulheres escravizadas além de todas as atividades que lhes eram impostas, eram também sistematicamente estupradas pelos homens brancos europeus e, portanto, detentores do poder e daqueles povos. Com base nisso, Saffioti (2015) indica que para além de uma construção sociocultural o conceito de gênero também se corporifica, seja como mão de obra, objeto sexual, etc., apontando como prova cabal dessa perspectiva justamente o que Aronovich (2019) diz, mas explicitando também que o

Sexismo e racismo são irmãos gêmeos. Na gênese do *escravismo* constava um tratamento distinto dispensado a homens e a mulheres. Eis porque o *racismo*, *base do escravismo*, independentemente das características físicas ou culturais do povo conquistado, nasceu no mesmo momento em que o *sexismo*. Quando um povo conquistava outro, submetia-o a seus desejos e a suas necessidades. Os homens eram temidos, em virtude de representarem grande risco de revolta, já que dispõem, em média, de mais força física que as mulheres, sendo, ainda, treinados para enfrentar perigos. Assim, eram sumariamente eliminados, assassinados. As mulheres eram preservadas, pois serviam a três propósitos: constituíam força de trabalho, importante fator de produção em sociedades sem tecnologia ou possuidoras de tecnologias rudimentares; eram reprodutoras desta força de trabalho, assegurando a continuidade da produção e da própria sociedade; prestavam (cediam) serviços sexuais aos homens do povo vitorioso (Saffioti, 2015, p. 133).

Isto posto, é possível afirmar que o sistema patriarcal vem se estabelecendo ao longo do tempo e, mais do que isso, vem assumindo novas facetas e expressões conforme o movimento da história e, assim, se adaptando e influenciando o contexto que está inserido, porém, o sistema essencialmente permanece o mesmo. Logo, conforme as adaptações vão ocorrendo, pode-se até observar "diferenças de grau no domínio exercido por homens sobre mulheres. A natureza do fenômeno, entretanto, é a mesma" (Saffioti, 2015, p. 107). E é dessa maneira que, por séculos, "(...) o patriarcalismo [sic] dá sinais no mundo inteiro de que ainda está vivo e passando bem (...)" (Castells, 1999, p. 278 *apud* Saffioti, 2015, p. 60).

Conseqüentemente, percebe-se que o Modo de Produção Capitalista (MPC), desde o seu princípio, se alia ao sistema patriarcal, dado que, a este modo de produção e condução da sociabilidade também compete às desigualdades e, portanto, o complexo processo de dominação-exploração e seus desdobramentos. À luz disso, Saffioti (2015, p. 138) diz "não há de um lado, a dominação patriarcal e, de outro, a exploração capitalista. Para começar, não existe um processo de dominação separado de outro de exploração" (Saffioti, 2015, p. 138). Dessa forma, compreende-se que ambos os sistemas se interpenetram e se nutrem mutuamente.

Considerando isso, ao capitalismo não vai ser interessante intervir nas expressões da questão social como é o caso, aqui, da violência contra a mulher, visto que esta possui suas especificidades e conforma-se como um dos pilares que estruturam o sistema. Por isso, este modo de produção sempre se opôs e vai se opor à emancipação das mulheres, sobretudo porque na medida em que lucra a partir das desigualdades impostas às mesmas, se retroalimenta.

Com base nisso, Cunha (2014, p. 149) define a violência contra a mulher enquanto "um fenômeno histórico, fruto das relações de desigualdade de gênero, as quais, conjuntamente com as desigualdades de classe, raça e sexualidade, estão imbricadas aos interesses do modo de produção capitalista". Logo, na medida em que não há, por parte do Estado, intenções (reais) de intervenção há também o recrudescimento da problemática.

Tendo isso em vista, cabe salientar que os ganhos adquiridos em relação ao enfrentamento da violência contra a mulher sempre foram em decorrência das lutas empreendidas pelo movimento feminista tendo, assim, como um das suas principais conquistas, o estabelecimento da Lei n° 11.340/2006, isto é, a Lei Maria da Penha

que se propõe a criar medidas articuladas a setores diversos da sociedade tendo como objetivo principal frear a ocorrência de casos de violência doméstica e familiar contra a mulher (Brasil, 2006). Considerando isso, o Art. 7º da referida Lei aponta as formas de violência contra a mulher:

I - a **violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a **violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; (Redação dada pela Lei nº 13.772, de 2018)

III - a **violência sexual**, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a **violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a **violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Brasil, 2006).

Visto isso, vale ressaltar que, apesar da lei tipificar as formas de violência no âmbito doméstico e familiar, certamente violências destes tipos ocorrem também em outras esferas da sociedade, visto que, ultrapassam esses limites. Dessa maneira, compreendendo as relações que se estabelecem entre as dinâmicas das violências em 2019, seguindo uma onda conservadora, assumiu a presidência do país Jair Messias Bolsonaro cujo slogan de campanha apontava para o "Brasil acima de tudo e Deus acima de todos".

Ora, a partir disso compreende-se claramente a intersecção que se estabelece entre o nacionalismo e o fundamentalismo religioso, ambos muito bem representados e ratificados, por exemplo, em seu discurso presidencial - mas não apenas - quando declara "vamos unir o povo, valorizar a família, respeitar as religiões e nossa tradição judaico-cristã, combater a ideologia de gênero,

conservando nossos valores. O Brasil voltará a ser um país livre de amarras ideológicas” (Brasil, 2019). Assim, cabe salientar que:

O governo Bolsonaro, dirigido por um Capitão reformado do Exército autoproclamado conservador, de extrema-direita, preconceituoso e adepto do fundamentalismo religioso evangélico, acentua, para manter a “ordem e o progresso”, a violência estatal, declarando guerra ferrenha aos segmentos mais pauperizados, à imprensa, aos manifestantes, à ciência, à vida, aos direitos, aos trabalhadores, aos movimentos cívicos. Suas falas, regradas de destempero verbal, possuem agressividade e são desrespeitosas, anti-institucionais e incentivadoras de ações violentas concretas no interior do Estado e da sociedade como um todo. Pela força do cargo, Bolsonaro tem tomado posições extremadas para se mostrar defensor e restaurador da “ordem perdida”, “endireitando-a”. Ao invés de frear o recurso à repressão estatal, o governo brasileiro, admirador da experiência ditatorial, tem exponenciado sadicamente a violência nos dias atuais(...) (Silva; Bizerra, 2021, p. 91).

Para além disso, o ex-presidente possui um longo histórico de falas e ações problemáticas direcionadas a grupos sociais que historicamente vêm sendo marginalizados, quero dizer, a figura então mencionada constantemente propagou discursos de ódio com bases misóginas, racistas e homofóbicas. Dessa forma, o governo em questão desempenhou diversas práticas conservadoras em detrimento, sobretudo, da defesa e conservação da família tradicional brasileira, do cidadão de bem, dentre outros; como resultado, o que se teve foram ações socialmente intolerantes visto que se opuseram ferrenhamente a defesa dos direitos humanos em seu sentido mais integral. Assim,

Enquanto fenômeno político orientado por uma ideologia conservadora, o bolsonarismo antagoniza bandeiras e agendas relacionadas aos direitos humanos, em ampla medida consideradas como antagônicas aos ditos valores tradicionais. A tradição confunde-se com a religião, que readquire proeminência no cenário político brasileiro. [...] A valorização da tradição e da religião, e a centralidade adquirida por elas no novo governo brasileiro, induzirão a uma resignificação dos direitos humanos, que deixam de ser concebidos como um projeto universal e passam a ser metrificados em função de critérios de merecimento. Assim, os “verdadeiros direitos humanos” ganham projeção (Ramos, 2020, p. 5).

A partir disso e adentrando na especificidade desse trabalho, o que se pode visualizar nos últimos quatro anos foi uma gestão pouquíssimo, ou nada, preocupada com o enfrentamento da violência contra a mulher. Logo, os discursos promovidos pelo então ex-presidente e por aqueles que constituíram seu mandato tiveram repercussões práticas, tanto em relação à atuação do Governo quanto em relação à atuação da sociedade civil.

Com base nisso, segundo o IPEA (2023), tendo como base o ano de 2019, avalia-se que durante 12 meses ocorrem aproximadamente 822 mil estupros, cerca de dois por minuto, sendo vítima, principalmente, as mulheres. Faz-se importante ressaltar que, de acordo com a pesquisa, deste quantitativo estima-se que somente 8,5% e 4,2% são identificados pela polícia e pelo sistema de saúde, respectivamente. Isto é, ainda que muitos casos cheguem a determinados serviços, grande parte das ocorrências de estupros no Brasil não são identificadas denunciando, assim, que apesar dos números que podemos visualizar sejam assustadores não contemplam, de fato, a realidade do fenômeno no país (IPEA, 2023).

Nesse sentido, de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023), em 2022 ocorreram 74.930 estupros no país, apresentando um aumento de 7% se comparado ao ano anterior. Destes casos, 88,7% eram mulheres e 11,3% correspondiam a homens. Ao realizar o recorte de raça/cor o anuário aponta, por mais um ano, as pessoas pardas e negras como principais vítimas, representando 56,8% dos casos registrados.

Em relação ao local de ocorrência, o relatório indica que a residência da vítima (68,3%) segue sendo o principal ambiente em que os casos são realizados, dessa maneira, mostra também que os principais autores dos abusos são pessoas conhecidas (82,7%) das vítimas e familiares, apresentando algum grau de proximidade (FBSP, 2023). Ademais, ressalta a complexidade do fenômeno e denuncia que:

Estamos lidando aqui com situações de violências de gênero muito arraigadas, imbricadas e naturalizadas nas relações familiares e que são, portanto, transmitidas através das gerações. Esse contexto faz com que seja muito difícil para as vítimas reconhecerem as violências que sofrem e, quando o fazem, terem muita dificuldade em denunciar ou buscar ajuda. [...] Dada a complexidade, as respostas às violências sexuais não são simples e precisam considerar as diversas camadas do problema (FBSP, 2023, p. 160).

Entretanto, no mesmo país em que isso acontece, tem-se, por parte do Governo Federal, o desfinanciamento das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher. Posto isto, “em 2022 ocorreu a menor alocação orçamentária para o enfrentamento da violência contra mulheres em uma década” (FBSP, 2023, p. 8).

Isto é, de acordo com Pereira (2022), em 2020 o valor destinado ao enfrentamento da causa supracitada era de R\$100 milhões, já em 2021 o montante caiu para R\$30 milhões e em 2022 o valor remetido foi de apenas R\$9 milhões. Em detrimento disso, o que se pode perceber, como consta no Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023), é o aumento significativo em todas as formas de violência contra as mulheres no país, como pode ser visualizado na figura 02:

Figura 2 - Retrato da violência contra a mulher de 2017 a 2023

	PESQUISA 2017	PESQUISA 2019	PESQUISA 2021	PESQUISA 2023
SOFREU ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA OU AGRESSÃO	28,6	27,4	24,4	28,9
Insulto, humilhação ou xingamento (Ofensa verbal)	22,2	21,8	18,6	23,1
Ameaça de apanhar, empurrar ou chutar	10,0	9,5	8,5	12,4
Amedrontamento ou perseguição	9,3	9,1	7,9	13,5
Batida, empurrão ou chute	8,9	9,0	6,3	11,6
Ofensa sexual (algumas vezes as pessoas agarram, tocam ou agridem fisicamente e verbalmente outras pessoas por motivos sexuais)	8,1	8,9	5,4	9,0
Ameaça com faca ou arma de fogo	4,3	3,9	3,1	5,1
Lesão provocada por algum objeto que lhe foi atirado	4,0	3,9	2,6	4,2
Espancamento ou tentativa de estrangulamento	3,4	3,6	2,4	5,4
Tiro ou esfaqueamento	1,9	1,7	1,5	1,6
Outras respostas	0,1	0,7	1,5	0,5

Fonte: FBSP (2023).

Ademais, é também nessa conjuntura em que discursos acerca da defesa da liberação do porte de armas de fogo sob a justificativa de proteção de vida dos cidadãos de bem, que conforme os dados também expostos pelo FBSP (2022), somente nos primeiros seis meses do ano de 2022, 699 mulheres foram assassinadas por feminicídio e, diante disso, as armas de fogo apresentam-se como um objeto de alto risco nos casos de ameaça e de materialização do crime mencionado.

Diferentes pesquisas já foram produzidas demonstrando a associação entre arma de fogo e homicídios. Nos EUA, um estudo conduzido por Campbell et al em 11 cidades procurou identificar os fatores de risco associados aos feminicídios e concluiu que existe aumento substancial na letalidade de mulheres quando o agressor possui acesso a armas de fogo, e que a ameaça com arma de fogo amplia a chance dessa mulher ser vítima de feminicídio (Campbell *et al.*, 2003 *apud* FBSP, 2023, p. 24).

Diante do exposto, sabe-se que a violência atinge as mulheres de forma geral, ou seja, independente de questões de classe e raça, porém, sabe-se também

que são mais frequentes em contextos de desigualdades, seja de raça e/ou de classe, pois, tal como pontua Saffioti (1997b *apud* Saffioti, 2014, p. 87) “são palpáveis as diferenças entre as formas de violência que atingem brancos e negros, assim como meninos e meninas”. Ademais, ainda reforça que

Uma pessoa não é discriminada por ser mulher, trabalhadora e negra. Efetivamente, uma mulher não é duplamente discriminada, porque, além de mulher, é ainda, uma trabalhadora assalariada. Ou, ainda, não é triplamente discriminada. Não se trata de variáveis, mas sim de determinações, de qualidades, que tornam a situação dessas mulheres muito mais complexas (Saffioti, 2014, p. 123).

Considerando isso, ao observar o relatório do FBSP (2023), evidencia-se que as mulheres com renda mensal de até 02 salários mínimos foram as principais vítimas em todos os tipos de violência expostos na pesquisa, com exceção das opções de "amedrontamento ou perseguição" e "outro tipo". Em contrapartida, ao se analisar a opção "não foi vítima de violência ou agressão" este mesmo grupo de mulheres revela-se com o menor percentual, tal como pode ser visto na figura a seguir.

Figura 3 - Vitimização de mulheres por renda mensal

	Renda familiar mensal			
	Até 2 S.M.	Mais de 2 a 5 S.M	Mais de 5 a 10 S.M	Mais de 10 S.M
FOI VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OU AGRESSÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	31,2	28,4	27,4	22,6
Insulto, humilhação ou xingamento (Ofensa verbal)	26,0	22,5	20,9	22,6
Amedrontamento ou perseguição	13,2	14,2	15,3	16,2
Ameaça de apanhar, empurrar ou chutar	15,5	11,1	7,5	6,8
Batida, empurrão ou chute	13,8	10,8	5,2	3,1
Ofensa sexual ou tentativa forçada de manter relação sexual (algumas vezes as pessoas agarram, tocam ou agridem fisicamente e verbalmente outras pessoas por motivos sexuais)	10,3	9,1	5,1	3,1
Espancamento ou tentativa de estrangulamento	7,7	3,8	1,3	3,1
Ameaça com faca ou arma de fogo	6,7	4,8		
Lesão provocada por algum objeto que lhe foi atirado	5,6	3,6	1,0	3,1
Esfaqueamento ou tiro	2,1	1,4		
Outro tipo	0,3	0,8	1,1	
NÃO FOI VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OU AGRESSÃO	68,8	69,7	71,7	77,4
RECUSA		1,9	1,0	

Fonte: FBSP (2023).

Outrossim, quanto a questão raça/cor, os dados revelam que os três perfis étnico-raciais mais vitimados, não somente na edição em questão, mas também em outras edições do relatório, competem a: mulheres negras (30%), mulheres pretas

(29,9%) e, por fim, mulheres pardas (29,8%). Logo, denuncia-se como factualmente as mulheres negras, sobretudo, em contexto de pobreza têm seus corpos e vivências atravessadas pela violência em suas mais diversas expressões.

Dessa forma, entende-se que a seriedade com a qual a problemática será enfrentada vai variar conforme as gestões governamentais⁸ vão sendo estabelecidas ao decorrer do tempo e que as manifestações da violência tal como podemos apreender na atualidade é reflexo de uma gestão que persistentemente a legitimou. Assim, as questões que aqui se colocam são muito complexas porque na medida em que são fomentadas, são naturalizadas o que, conseqüentemente, dificulta que políticas públicas sejam desenvolvidas e efetivamente implementadas. Considerando isso, a seguir será explanado acerca da política de saúde no enfrentamento à violência contra a mulher.

⁸No entanto, aqui cabe reiterar que, apesar de se considerar que ainda haja repercussões sociais e políticas do bolsonarismo, atualmente o país se encontra sob uma nova gestão que embora esteja em processo inicial de consolidação, ruma em uma direção contrária ao que fora defendida e ferrenhamente aplicada nos últimos quatros anos. Considerando isso, se na antiga gestão se defendia a liberação de armas pensando na proteção dos cidadãos de bem; nesta, defende-se o seu controle levando em consideração, principalmente, o risco que as armas de fogo apresentam frente aos casos de feminicídio (Brasil, 2023). Ou, por exemplo, tem-se também a recriação do Ministério das Mulheres. Portanto, é possível verificar que medidas de reversão estão sendo empregadas no que diz respeito a violência e as suas formas de atingir as mulheres; medidas essas que visam o combate da violência contra a mulher e não seu incentivo.

3. A POLÍTICA DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO E ASSISTÊNCIA À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

*“[...] o SUS é, portanto, um dos filhos diletos da democracia brasileira. Talvez o seu filho mais generoso e solidário O SUS não existiria, ou seria outro sistema de saúde, com outras características, sem a democracia e nossas lutas por ela”
(Narvai, 2022, p. 247).*

Aqui, intenciona-se apresentar uma breve trajetória de como as ações em saúde foram concebidas ao longo do tempo até a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, busca observar as ameaças e impactos ao sistema em um contexto que mercantiliza a saúde e, conseqüentemente, a vida. Posteriormente, busca abordar a inserção da violência como um problema de saúde pública e a importância do setor no atendimento às mulheres que foram vítimas de violência.

3.1. Política de saúde em contrarreforma: destituição da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado

Com base na perspectiva de que, retomar o passado é necessário para compreendermos o presente, faz-se interessante apreender como as práticas em saúde foram concebidas e, sobretudo, para qual público a mesma se direcionou e vem se direcionando. Por conseguinte, a história revela que durante o período colonial o extermínio dos povos nativos e escravos que foram traficados não se deu “meramente” por via da imposição das violências físicas, morais, etc, mas também por um processo de contaminação por doenças diversas que chegam ao Brasil juntamente com o colonizador português. Considerando isso,

*Mais ainda que as espadas e os arcabuzes, as grandes armas da conquista, responsáveis principais pela depopulação [de indígenas] do Brasil, foram as enfermidades desconhecidas dos índios com que os invasores os contaminaram (Ribeiro, 1995, p. 47-52 *apud* Narvai, 2022, p. 28).*

Não obstante, muitos negros escravizados morreram em decorrência de complicações de saúde, muitas delas sendo resultado dos maus-tratos sofridos pelos senhores de engenho, como também, pela precariedade em que os mesmos eram transportados e o modo de vida que lhes eram impostos (Pôrto, 2006). Dessa

maneira, nos idos do período colonial, as principais práticas em saúde consistiam, basicamente, em costumes tradicionais dos povos. Isto é, como se tinha a ideia de que as doenças eram castigos divinos, o método de cura/tratamento também decorria do sobrenatural, nesse sentido, recorriam-se, por exemplo, aos curandeiros e feiticeiros (Pôrto, 2006).

Posteriormente, foram instituídas as Santas Casas de Misericórdia que basicamente “cumpriam o papel de confortar enfermos em seus últimos dias, não tendo maior significado terapêutico” (Narvai, 2022, p. 72), quer dizer, o modelo de saúde passou a assumir um caráter assistencialista, fortemente atrelado a entidades religiosas e ainda muito longe de qualquer cientificidade do saber em saúde.

Considerando isso, mudanças significativas nesta área vieram ocorrer praticamente quando se estabelece a transição do Brasil Colônia ao Império, dessa forma, “a vinda da Corte para o Brasil, em 1808, desencadeou mudanças que atingiram a área da saúde” (Narvai, 2022, p. 73). É neste novo período, isto é, a partir dos anos 1808, que os cursos de medicina são criados na Bahia e, posteriormente, no Rio de Janeiro e que as ações em saúde, com a criação de diversas instituições, passaram a se ater ao controle e enfrentamento de epidemias.

Assim, dá-se início a um modelo de ações em saúde fundamentado no higienismo. Logo, conclui-se que o objetivo de tais ações não se vislumbrava no indivíduo em si, mas em fazer o controle e, principalmente, o enfrentamento para que tais questões não viessem a interferir na área econômica do país, sobretudo, no que diz respeito às exportações. Ou seja, o que está em jogo não são as condições de saúde da população, mas as condições de como continuar alimentando o capital.

O trabalho da saúde pública brasileira no final do século XIX e começo do século XX foi voltado, fundamentalmente, para o saneamento dos portos e à criação de condições ambientais e de saúde que não prejudicassem as exportações [...] as principais ações para isto eram a vacinação obrigatória, a demolição de locais de moradia coletiva considerados insalubres, a remodelação das vias públicas e a fiscalização do comércio de alimentos, e visavam sanear espaços por onde circulavam as mercadorias, controlando nesses territórios as epidemias que poderiam, de algum modo, comprometer os negócios e prejudicar as exportações (Narvai, 2022, p. 75).

Isto posto, em fins do século XIX, os trabalhadores diante de um cenário de completa desproteção começaram a se mobilizar política e sindicalmente em detrimento da conquista de alguns direitos. Com base nisso, a própria classe trabalhadora instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) que, em 1923

foram regulamentadas por meio da Lei Eloy Chaves e passaram a ser organizadas por empresas e, justamente por isso, “vieram as pressões por assistência médica e à maternidade e à infância, o que daria origem à denominada *medicina previdenciária*” (Narvai, 2022, p. 79). Entretanto, Bravo (2006, p. 5) afirma que

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.

À vista disso, o Estado brasileiro passa a assumir uma política de saúde que se divide em dois grupos, sendo eles, o da saúde pública e o da medicina previdenciária, conforme aponta Bravo (2013). Desse modo, as ações de saúde que foram aplicadas nas décadas que sucederam os anos 1930 seguem esta mesma dicotomia do público/previdenciário. Assim, cabe ressaltar que diante desse cenário, quem tinha acesso aos serviços de saúde era, de um lado, a classe mais abastada financeiramente, visto que, detinham condições de acessar serviços particulares de saúde e, de outro, a classe trabalhadora e seus dependentes, mas, sobretudo, aqueles que constituíam a força de trabalho.

Cabe salientar que o restante da população que não estava inserida no trabalho formal “restava” recorrer aos serviços filantrópicos prestados pelas Santas Casas, aos saberes tradicionais ou as poucas unidades públicas de saúde que existam como os centros de saúde e hospitais universitários, isso porque as ações que eram desenvolvidas pelo subsetor da saúde pública direcionavam-se, sobretudo, para o desenvolvimento de práticas sanitárias (FIOCRUZ, 2022).

Porém, quando adentramos no período em que se estabelece a Ditadura Militar (1964-1985) tem-se o fortalecimento da medicina liberal. Dessa maneira, “a década de 1970 será marcada pelo privilegiamento do setor privado de saúde, caracterizado, segundo Correia (2005 *apud* Lima, 2018, p. 90), por um modelo de assistência à saúde baseado em ações individuais médico-hospitalares, sendo hegemônico o modelo médico assistencial privatista” (Lima, 2018, p. 90).

Dessa forma, Narvai (2022) afirma que o modelo de saúde que se desenvolveu nesse período, segue a mesma linha do projeto político que a ditadura implantou em outros setores do país, isto é, um modelo de apropriação e privatização que, supõe, mercantilização da saúde e, portanto, restrição de acesso.

Diante disso, por mais que mudanças tenham ocorrido, é possível afirmar que até chegar à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os modelos em saúde que podem ser visualizados no país se direcionam à manutenção da indústria, do comércio e capital e não ao sujeito social que se encontra fragilizado e aos determinantes que interferem neste processo. Sendo assim, intenciona-se cuidar da saúde do trabalhador meramente porque a indústria não pode parar.

Nesse sentido, ressalta-se que a forma com a qual o Estado é conduzido, o posicionamento político assumido por quem está presidindo o país, reflete diretamente em todos os âmbitos do governo e, de modo consequente, na vida dos indivíduos. De um modo geral, longo é o percurso que se traça para chegar à concepção de saúde que temos atualmente e o estabelecimento de um sistema que a contemple como tal. Ademais, tal concepção só foi possível diante de toda mobilização empreendida pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que surge ainda em contexto da ditadura militar reivindicando, principalmente, melhorias nas condições de existência da população (FIOCRUZ, 2022).

Salienta-se que isso significava muito, significava ter saúde, pois é um conceito que não se restringe ao acesso dos serviços, quero dizer, a unidades hospitalares, visto que, defende-se a ideia de que saúde não se esgota na doença, mas diz respeito também e são determinadas por outros aspectos da realidade social as quais os indivíduos estão inseridos. Com base nisso, em seu discurso na 8ª Conferência Nacional de Saúde, Sérgio Arouca afirma que

[...] saúde é alguma coisa mais do que simplesmente não estar doente, mas ter direito à casa, ao trabalho ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo, [ter] direito ao meio ambiente, que não nos seja agressivo, mas, pelo contrário, que permita a existência de uma vida digna e decente, [ter] direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização, a livre possibilidade de autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência que resultante da miséria, que resulta no roubo, no ataque, [a não estar] submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (Brasil, 1986 *apud* Narvai, 2022, p. 127-128).

Tendo isso em vista, compreende-se que a saúde assume outras dimensões da realidade e contempla o indivíduo em sua totalidade. Ou seja, ao falar em saúde, fala-se também em questões sociais, políticas e econômicas porque essas questões irão determinar as condições de vida e, consequentemente, todo o processo saúde-doença-cuidado dos indivíduos. Por exemplo, não se entende e explica a

desnutrição meramente pela desnutrição, mas pelos diversos fatores que a propiciam e concretizam. Logo, muito mais do que uma reforma nos sistemas de saúde, a Reforma Sanitária surge propondo uma reforma com amplitude maior e que, por isso, se estende e questiona as bases perversas que estruturam a sociabilidade no sistema capitalista. Assim, Arouca (1988 *apud* FIOCRUZ, 2022) reitera que

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade de existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema. (...) A Reforma Sanitária é parte do conjunto de uma mudança social. Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se firmar como uma nação de cidadãos.

Ou seja, desenhava-se o mesmo projeto para o setor saúde e para a sociedade. Isto é, um projeto emancipatório. Nesse sentido, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, aponta-se para a criação do SUS, que vem a se consolidar, dois anos depois, na Constituição Federal de 1988 quando é posto, no art. 196, a saúde como direito fundamental de todo cidadão e de dever do Estado (Brasil, 1988) e passa a ser regulamentado pela Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições de organização e funcionamento do sistema, assim como, de se efetivar a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990).

Dessa forma, surge o SUS que, em linhas gerais, caracteriza-se enquanto um sistema público de saúde descentralizado, dado que, cada nível de governo possui suas funções e responsabilidades; mas também regionalizado e hierarquizado, visto que há, respectivamente, a delimitação dos espaços territoriais para o estabelecimento do sistema e a sua divisão conforme os níveis de complexidade de atenção à saúde, isto é, a atenção primária, a média e alta complexidade (Teixeira, 2011).

Além disso, é um sistema que se estabelece sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Ou seja, um sistema de saúde que se propõe a garantir atendimento a toda população; que, diante das desigualdades socioeconômicas que sobrepuja a sociedade brasileira, objetiva reorientar a oferta de ações e serviços de modo que se priorize os mais vulneráveis, dado que, “em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como

desigualdades diante do adoecer e do morrer” (Teixeira, 2011, p. 5). Diante disso, a atenção à saúde não ocorre de forma isolada, mas se articula aos demais serviços, políticas públicas e ações possíveis para garantir o atendimento integral às necessidades de saúde da população.

Assim, o sistema não se esgota em, por exemplo, consultas médicas, ou seja, é muito mais amplo e conforme o Art. 200, compete a ele também:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Brasil, 1988).

Contudo, as conjunturas nunca foram inteiramente favoráveis à efetivação do SUS. Este, desde o seu surgimento, sofre ameaças que persistem até os dias atuais, considerando isso, afirma-se que “as contradições do período histórico de sua criação, bem como as das conjunturas que se seguiram inviabilizaram o “projeto SUS” tal como delineado pela Constituição de 1988” (Narvai, 2022, p. 102).

Assim, os desafios que se colocam frente ao sistema e sua efetivação enquanto um direito social de todo cidadão passa primeiro pelos interesses do sistema capitalista e, cabe dizer, se adequa a este no sentido de alguma forma, o beneficiar, visto que, “[...] todas as disposições tomadas pelo Estado capitalista, mesmo impostas pelas massas populares, são finalmente e a longo prazo inseridas numa estratégia em favor do capital ou compatível com sua reprodução ampliada. (Poulantzas, 1985, p. 214 *apud* Farias, 2019, p. 51). Portanto, salienta-se que

[...] o neoliberalismo moldou o SUS que temos hoje, marcado pelo subfinanciamento crônico de suas ações, por ambientes e condições de trabalho insatisfatórias, precarização dos vínculos e relações de trabalho e enormes dificuldades de acesso da população, mesmo às ações básicas de saúde. O resultado é que a realidade da saúde está ainda muito distante do ideal indicado pelo texto constitucional de 1988 (Narvai, 2022, p. 160-161).

Com base nisso, sabe-se que uma das premissas que sustenta a estrutura do modelo neoliberal pauta-se na minimização do Estado. A princípio, tal minimização é compreendida como algo que será dada às ações do Estado em todas as esferas, porém, ao analisar como o sistema neoliberal se implementa, compreende-se que o Estado só se torna mínimo para as demandas do corpo social, visto que, não existe neoliberalismo sem a presença do mesmo.

Para além disso, sabe-se também que é um modelo que prioriza as necessidades do lucro do capital em detrimento das necessidades humanas. Sendo assim, a relação que se estabelece entre o sistema neoliberal, as políticas sociais e, conseqüentemente, a classe trabalhadora, é uma relação de precarização, negação e de constantes ataques que, vale ressaltar, são estrategicamente elaborados, direcionados e aperfeiçoados, posto que são necessários para a continuidade e desenvolvimento do sistema.

Nesse sentido, e a partir da compreensão do SUS enquanto um instrumento que se direciona ao atendimento das necessidades humanas, é interessante notar que, os desafios que se apresentam ao sistema não existem de forma individualizada, estão todos interligados e decorrem, principalmente, de um mesmo elemento, isto é, do subfinanciamento. Considerando isso, a questão do subfinanciamento do SUS sempre esteve em evidência, posto que, o sistema nunca recebeu recursos financeiros adequados para a sua existência e manutenção.

Portanto, configura-se tanto como um desafio central quanto como um desafio crônico, uma vez que, faz-se presente desde a sua implementação e que afeta o sistema de saúde desde a oferta de serviços, quanto a ultrapassagem e insuficiência dos equipamentos de trabalho, como também, quanto a questões estruturais levando em consideração as condições que se encontram as unidades de saúde desde a atenção básica a unidades que comportam os serviços de média e alta complexidade, ou seja, é uma problemática que atinge o SUS em sua totalidade (Narvai, 2002).

Ademais, em tempos de exacerbamento da ótica neoliberal e, portanto, da minimização e desresponsabilização do Estado para com as demandas sociais e, conseqüentemente, as políticas públicas, de exacerbamento do conservadorismo intensificam-se os desafios frente a consolidação de uma saúde tal como foi instituído na Constituição Federal de 1988 e, principalmente, que considere o

indivíduo como parte integrante do corpo social e que este é um determinante nos processos de saúde-doença da população.

Portanto, afirma-se que a contrarreforma que se dá na política de saúde brasileira não é recente, ou seja, faz-se presente desde o início da implementação do SUS. Porém, nessa trajetória de implantação do SUS e, simultaneamente, de contrarreforma da política de saúde, Soares (2018) aponta que cada governo, inclusive aqueles tidos como progressistas, apresentou suas especificidades, mas não tão claramente como se pode perceber, por exemplo, a partir de 2016 com o estabelecimento do governo ilegítimo de Michel Temer. À vista disso, a autora acrescenta que “o conjunto de proposições e alterações na política de saúde do governo Temer configuram a maior e mais grave ofensiva sofrida pela reforma sanitária brasileira desde a Constituição de 1988” (Soares, 2018, p. 29).

Nesse sentido, uma das ações mais impactantes do governo Temer foi a proposição e aprovação da Emenda Constitucional n° 95 de 2016, que congela por 20 anos os gastos públicos na justificativa de não agravar o crescimento da dívida pública, ou seja, intenta-se o não agravamento da crise econômica às custas de áreas como a educação e saúde. Com base nisso, Bravo e Pelaez (2020) apontam que durante os anos de vigência da emenda, estima-se a perda de R\$654 bilhões dos recursos federais direcionados ao SUS, porém ressaltam que na medida em que a economia brasileira cresce, cresce também a perda de recursos destinados à saúde.

Dessa forma, os rebatimentos sobre os direitos sociais e o acesso a estes são os mais deletérios possíveis, logo, intensifica-se o sucateamento do SUS e o desmantelamento da saúde enquanto um direito universal de todo cidadão. Considerando isso, há o estabelecimento de

Políticas que não reconhecem a proteção à vida e à dignidade humana como objetivos prioritários do pacto que justifica a existência do Estado. Políticas que subordinam a dívida social e o nosso passivo histórico à suposta dívida com o sistema financeiro (CEBES, 2022).

Diante desse cenário, na medida em que há o desmantelamento da coisa pública, há também o fomento dos serviços privados de saúde. Isto é, a saúde perde o seu conteúdo de direito social e se reveste intensamente de uma concepção mercadológica. Com base nisso, Soares (2018, p. 26) diz que

[...] evidencia-se uma profunda instrumentalização do Estado brasileiro em favor dos interesses do capital da saúde, sem qualquer preocupação em atender os interesses da classe trabalhadora. O compromisso explícito do governo nessa fase da contrarreforma da saúde é com as grandes corporações econômicas privadas da saúde [...].

Considerando isso, os danos de tal instrumentalização recaem diretamente nas condições de saúde e acesso da população, pois se de um lado há a desvalorização/desfinanciamento do SUS e o estímulo à “saúde suplementar”, ou seja, ao desenvolvimento dos planos de saúde, mesmo que diante de um contexto marcado por extremas desigualdades. Do outro, há a dificuldade de acesso dos indivíduos aos diversos serviços públicos que competem à atenção em saúde e a configuração desse acesso, por meio dos planos, em um privilégio, dado que, os serviços suplementares além de medicalizar a saúde, extraindo todo o seu conteúdo social, político e econômico, não funciona para todos.

A partir disso, Narvai (2022) indica que os planos de saúde nada tem de plano, tampouco de saúde e servem, basicamente, para de forma fraudulenta atrair a classe trabalhadora e continuar acumulando e reproduzindo o capital. Contudo, ao se estabelecer o governo Bolsonaro e ao analisar o plano de governo do então presidente, Bravo e Pelaez (2020, p. 199) indicam que, de modo geral, há uma "grande inconsistência e ausência de aprofundamento sobre a política de saúde e de propostas a respeito. Há apenas quatro páginas dedicadas à saúde, nas quais há uma única menção ao termo SUS”.

De modo geral, Bolsonaro durante os seus 04 anos de *(des)governo*, seguiu desmontando o SUS e estimulando o incremento das relações público-privado com claros interesses em expropriar o público. Ademais, é nesta conjuntura em que, por exemplo, apresentam-se propostas de reformulação do Programa Mais Médicos sob a justificativa de revesti-lo de um conteúdo técnico, ao invés do político (Bravo; Pelaez, 2020). Porém, o que realmente se põe em prática é a extinção do programa, deixando, dessa forma, pessoas que residem em áreas interioranas e periféricas sem assistência à saúde.

Destaca-se que retrocessos também ocorreram no que diz respeito à saúde mental. Ainda no Governo Temer é possível visualizar publicações referentes à saúde mental de forma totalmente antidemocrática, dado que, a tomada de decisões

desconsiderou tanto os profissionais de saúde, quanto os representantes dos usuários da política em questão.

Em detrimento disso, tem-se, em fins de 2018, o lançamento de uma nova política de saúde mental, onde Matos (2021) destaca que se distancia dos ideais defendidos pela Reforma Psiquiátrica na medida em que se estabelece práticas tais como a “anexação da Comunidade Terapêutica e dos Hospitais Psiquiátricos como serviços oficiais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); a utilização da abstinência como mecanismo de enfrentamento ao uso abusivo de drogas/produtos psicoativos” (Matos, 2021, p. 31). Tal contexto é ainda mais agudizado quando o então presidente se posiciona contra a redução de danos e assina, em 2019, um decreto que põe fim à política que se direciona a tal questão.

Assim, enfatiza-se que uma série de atrocidades foram cometidas. De modo geral, houve propostas de cortes no montante destinado à Farmácia Popular, à saúde da população indígena, cortes no combate à violência contra a mulher - que também envolve saúde, desmonte na política de enfrentamento ao HIV-Aids que, vale ressaltar, era referência internacional; dentre muitos outros. Cortes estes feitos em detrimento da conservação do teto de gastos e do orçamento secreto às custas da vulnerabilização e violação de direitos da população, sobretudo, aquelas que se encontram em contexto de pobreza, conforme pontua Matos (2021).

Além disso, em 2020 chegou ao país a pandemia de Covid-19 que configurou uma intensa crise sanitária a nível mundial e colapsou os sistemas de saúde e, para além disso, fundiu-se e configurou também “a crise econômica de longa depressão do capitalismo” (Roberts, 2020 *apud* Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 4). Por esse motivo, foi um acontecimento que atingiu a população mundial em dimensões diversas e, cabe ressaltar, apresentou suas especificidades mediante as questões de raça, gênero e, principalmente, de classe. Acerca disso, pontua-se que

Se a classe trabalhadora é fortemente penalizada pela crise da saúde, há, dentro dela, populações ainda mais afetadas, como no caso da população negra feminina. Das 30 mil notificações de covid-19, com desfecho ‘óbito’, que foram registrados pelo Ministério da Saúde (MS) logo no início da pandemia, em maio de 2020, 55% eram pretos e pardos, na sua maioria mulheres, enquanto brancos compunham 38% (Batista *et al.*, 2020 *apud* Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 4).

Isto posto, no Brasil, apesar de todo o desmonte, o SUS teve um papel fundamental e condutor no enfrentamento à pandemia. Porém, foi através da

pandemia que se escancarou ainda mais o descaso com a saúde pública, principalmente quando, em um cenário em que se atingia mais de mil mortes por dia em decorrência do vírus, tinha, por parte do governo, o não enfrentamento.

Por exemplo, diante o contexto pandêmico, houve a constante troca do Ministro da Saúde que, por vezes, foi um cargo conferido a pessoas que não possuíam conhecimentos técnicos na área. Além disso, Queiroz (2022) aponta o desprezo do então presidente em relação à dimensão do vírus, atribuindo a este o caráter de “gripezinha”; ou, ao ser questionado sobre o quantitativo de mortes no Brasil em decorrência do vírus, afirmando não ser coveiro, não fazer milagres.

Ademais, quando banalizou tais mortes ao informar que este é o destino de todos nós, pelo estímulo ao uso de medicamentos que não possuem comprovação científica ao enfrentamento do vírus, a oposição ao isolamento social, a negação da ciência e da pesquisa. Além disso, pelo desprezo e irresponsabilidade de no Brasil que se destaca mundialmente por seu programa de vacinação, disseminar mentiras em relação às vacinas desenvolvidas para combater o vírus e, para além disso, dificultar a compra das mesmas.

Tais ações tiveram repercussões diretas no corpo social e o seu saldo contabiliza 700 mil mortes por Covid-19 no país e conformam-se como, nada mais que, em tempos de obscurantismo, visto que, está em curso um projeto persistente e bem elaborado, isto é, o da contrarreforma de direitos que foram constituídos através das duras mobilizações da classe trabalhadora (Brasil, 2023).

Portanto, observa-se que a saúde ainda se constitui enquanto um direito, todavia, enquanto um direito negado, visto que, é uma área que sofre constantes ataques; e ataques que se justificam sob a perspectiva neoliberal, pois “acumular e produzir capital, à custa de doença e morte, lhes parece tão natural quanto respirar” (Narvai, 2022, p. 238). Assim, diante desse cenário, cabe defender a saúde em sentido ampliado e salientar a importância do setor na manutenção das condições de vida da população, sobretudo, das mulheres em situação de violência tal como será abordado no próximo item.

3.2. Violência como um problema de saúde pública e a importância do setor saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres

Conforme Minayo (2006) e como já foi visto anteriormente, a violência e suas manifestações caracterizam-se enquanto um fenômeno sócio-histórico e que por isso não é, essencialmente, um objeto de intervenção da saúde pública. Entretanto, vem a ser, considerando o conceito ampliado que a saúde assume e os impactos que o fenômeno provoca nas condições de vida dos indivíduos. Com base nisso, a autora diz que a violência “transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor” (Minayo, 2006, p. 1260).

Considerando isso, é por volta da década de 1990 que, diante um contexto de altos índices de mortes mediante causas violentas, seja provocada por terceiros ou autoinfligidas que, de forma oficial e mundial, a violência passa a compor também a agenda do setor saúde. Assim, o fenômeno deixa de competir apenas a um problema social e, sobretudo, de segurança, mas vem a se configurar também enquanto um problema de saúde pública, haja vista suas repercussões tanto no âmbito individual como no coletivo. Nesse sentido, em 1994, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em conferência acerca da violência e saúde, sinaliza que

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (Opas, 1994, *apud* Minayo, 2006, p. 1261).

Assim, levando em consideração a definição de saúde pública e sua proposta de atuar, tal como afirmam Azambuja e Nogueira (2008), principalmente na prevenção dos agravos de saúde através da interlocução de setores distintos, entende-se que a violência além de ser uma problemática que requer o enfrentamento a partir de ações específicas de cada setor, requer também a articulação entre estes.

Ou seja, o enfrentamento não vem a se esgotar nas ações individualizadas de setores específicos e de seus respectivos profissionais. Mais do que isso, o enfrentamento efetivo da violência como problema social e de saúde pública,

demanda o desenvolvimento de ações que se caracterizem como multiprofissionais, intersetoriais e interdisciplinares.

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).

Todavia, Minayo (2006) salienta que se, de um lado, essa compreensão da violência como problema de saúde pública ocorreu tendo em vista a força dos acontecimentos, isto é, a OMS (2002 *apud* Minayo, 2006, p. 1260) assinala que “todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais, por causas violentas”; ou, levando em consideração o contexto brasileiro, por exemplo, que desde 1980 a violência e acidentes ocupavam o segundo lugar nas causas que mais provocavam morte no país. Ocorreu também e, principalmente, pela mobilização e, cabe dizer, pressão exercida pelos atores e movimentos sociais.

Nesse sentido, e fazendo o recorte de gênero, ressalta-se que a inserção da violência contra a mulher no setor saúde se deu através do protagonismo do movimento feminista e de mulheres que além de ações curativas em detrimento da ocorrência de violência, demandava também do setor o desenvolvimento de ações estratégicas e preventivas. À luz disso, Minayo (2006, p. 1261) sinaliza que

Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressionou e pressiona o setor saúde para que atue ativamente e dê respostas concretas, não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas também para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações. Foram endereçadas à área de saúde as mais diferentes problemáticas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero.

Portanto, é a partir disso que, conforme a autora, a questão da violência contra a mulher vai lentamente se inserindo na vasta pauta de debates da saúde e se legitimando como uma questão que concerne ao setor, na medida em que explicitamente vai aparecendo em documentos oficiais dos organismos internacionais. Com base nessa perspectiva e em contexto brasileiro, destaca-se que o movimento feminista e de mulheres tiveram grande influência na criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Melhor dizendo, cita-se o programa, pois é a partir dele que, como pontuam Freitas *et al* (2009), há a introdução de questões relacionadas a violência sexual pensando, assim, a saúde da mulher a partir de uma perspectiva mais totalizante. Ademais, Minayo (2006, p. 1262) ainda acrescenta que “O Programa de Assistência Integral à Mulher leva em conta a relevância do tema da violência e oficializa um tipo de olhar específico para o problema em todo o serviço público”.

Contudo, analisando a violência de um modo geral, foi, aproximadamente, após uma década de seu estabelecimento como um problema de saúde pública que surge, de fato, no Brasil o desenvolvimento e promulgação em 2001, por meio de uma portaria do Ministério da Saúde, de uma política que tenha por objeto a violência e o setor saúde, sendo esta, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências que, segundo Minayo (2006), se desdobra sobre todas as áreas do setor saúde analisando e orientando formas de atuação e intervenção do setor na problemática abordada.

A partir disso, ainda que em passos lentos, outras ações e iniciativas de órgãos públicos foram sendo estabelecidas e aqui cabe destacar, ainda que não detalhadamente pois terá foco no próximo capítulo, a instituição da notificação compulsória através da Lei nº 10.778/2003 que “estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados” (Brasil, 2003). E, mais precisamente, a Portaria nº 204/2016 que, considerando também a Lei nº 10.778/2003, passa a definir a “Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional” (Brasil, 2016).

Portanto, entendendo, mesmo que brevemente, como a violência passa a ser um problema de saúde pública, busca-se aqui enfatizar a importância que o setor saúde exerce no atendimento às mulheres que foram vítimas de violência, assimilando que, na medida em que ocorre o atendimento, ocorre também o enfrentamento ou a reprodução do fenômeno.

Considerando isso, muitas vezes unidades de saúde, sejam especializadas ou não, mas principalmente as não especializadas, caracterizam-se como a porta de entrada desta mulher na rede de atendimento/enfrentamento às violências. Nesse sentido, ainda que a violência tenha sido declarada como um problema de saúde

pública, cabe pensar como o fenômeno é apreendido dentro das instituições de saúde e por seus profissionais e, sobretudo, como as ações de intervenção e assistência são desenvolvidas e aplicadas, pois tal como sinalizam D'Oliveira *et al.*, (2009, p. 1039)

[...] a forma como compreendemos e delimitamos o problema a ser trabalhado é essencial para a intervenção, já que para cada definição do que venha a ser violência e qual a sua relação com a saúde, uma determinada intervenção é proposta e realizada, respondendo a finalidades sociais diversas. Trata-se, portanto, de pensar quais os objetivos da ação em saúde e qual o seu lugar na produção e reprodução de modos de viver e adoecer, com as crenças, valores e atitudes culturalmente dado na saúde e na sociedade brasileira de um modo geral.

Isto posto, sabe-se que a violência contra a mulher para além de danos e adoecimentos físicos e, portanto, visíveis, acarreta também em agravos não tão explícitos pois não deixam hematomas. Por exemplo, as consequências podem resultar também em “distúrbios do sono, alimentação inadequada, falta de energia, dores pelo corpo, hematomas, escoriações, síndrome do pânico, tristeza, solidão e baixa autoestima, que determinam danos psicoemocionais e físicos” (Neto *et al.*, 2014, p. 458).

Ademais, D'Oliveira *et al.*, (2009) afirmam que mulheres em situação de violência utilizam mais frequentemente os serviços de saúde se comparadas com mulheres que não vivenciaram tal experiência. Além disso, pontuam que tais mulheres, além da possibilidade de se apresentarem aos serviços de urgência e emergência por motivos que derivam exatamente da violência física ou sexual, podem também recorrer “a serviços de atenção primária em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência nestes casos” (D'Oliveira *et al.*, 2009, p. 1038).

Inclusive, as autoras ainda reiteram que o uso frequente de serviços de urgência/emergência e atenção básica ocorre, sobretudo, tendo em vista a ineficiência e pouquíssima capacidade de resolutividade no atendimento, visto que, por muitas vezes “ocorre a redução do problema às suas manifestações no corpo entendido da perspectiva biomédica, e da conseqüente invisibilização das situações de violências envolvidas” (D'Oliveira *et al.*, 2009, p. 1039).

Entretanto, como já foi explicitado anteriormente, mulheres em contexto de violência, independente da natureza das agressões, são violadas para além da esfera física, sendo atingidas também no que diz respeito a manutenção de sua integridade pessoal, estrutural e social o que, de modo consequente, influencia nos modos e qualidade de vida e saúde. Em detrimento disso, Neto *et al.*, (2014, p. 459) apontam que

Uma intervenção resolutiva à essa problemática não deve prescindir, necessariamente, de uma conduta clínica, mas deve buscar medidas que promovam a conservação da saúde. Isso porque ações clínicas não são suficientes para responder às variadas dimensões dos problemas e às necessidades em saúde das mulheres.

Seguindo esta perspectiva, Schraiber e D'Oliveira (1999) assinalam que eventualmente a problemática não será solucionada especificamente no setor saúde, todavia, pontuam que estes espaços devem se constituir como ambientes preparados a apresentar a mulher as diversas possibilidades e serviços que existem tendo como objetivos a intervenção e acolhimento. Considerando isso, D'Oliveira *et al.*, (2009, p. 1041) afirmam que “todos os profissionais podem ser divulgadores de direitos humanos e da rede intersetorial que presta apoio à violência, e também provê trabalho, moradia, creche, escola, que são todos elementos fundamentais para a emancipação e uma vida livre de violência”.

Diante disso, ressalta-se que para que as unidades de saúde se estabeleçam enquanto espaços facilitadores e multiplicadores de conhecimentos acerca da rede de enfrentamento à violência contra a mulher, é necessário primeiro que os profissionais de saúde se apropriem desses conhecimentos. Além de tudo, que as próprias instituições proporcionem a seus profissionais ações de educação permanente, pois, acredita-se que na medida em que estes são capacitados e orientados, há o estabelecimento de um atendimento resolutivo e fundamentado na garantia do direito à saúde integral.

A partir disso, compreende-se que as unidades de saúde possuem um importante papel na rede de enfrentamento a violência contra a mulher e que a assistência dada às mulheres vítimas de violência nesses ambientes requer uma abordagem muito mais ampla, isto é, que não se limite às repercussões - em termos corporais - dos atos violentos e que, portanto, assegure uma atenção humanizada e integral às usuárias dos serviços contribuindo, assim, para a garantia dos direitos

humanos e a possível redução de agravos de saúde e mortes resultantes da violência contra a mulher, ou seja, de uma problemática que pode ser prevenida e evitada. Acerca disso, D'Oliveira *et al.*, (2009, p.1040) ressaltam que a atenção deve ser integral

porque se trata de acolher a violência como problema em toda a sua complexidade, pensando na promoção da não violência, prevenção e cuidado aos casos, tanto da perspectiva do tratamento de suas consequências como da especificidade do setor saúde na abordagem do problema violência em si, que sendo um tema complexo, interdisciplinar, leva à necessária multiprofissionalidade e intersetorialidade da atenção, [...]. Integral também porque se trata de uma decisão assistencial em que a mulher usuária deve ser considerada como centro da tomada das decisões para a atenção e participar dessas decisões referentes ao seu cuidado.

Dessa forma, a partir da atenção integral, entende-se a mulher em sua totalidade, não fragmentando suas demandas e necessidades em saúde, como também, não decompondo os saberes que irão intervir na problemática. Tal concepção, segundo ressalta Teixeira (2017), ultrapassa os limites biomédicos principalmente porque, em casos tais como são os de violência, o mero tratamento curativo de sintomas e sequelas não contempla o cerne da questão, tampouco o supera.

Ademais, além de não a fragmentar em suas demandas, a mulher é considerada e respeitada em todo o processo de tomada de decisão, pois entende-se que “[...] a decisão compartilhada é fundamental aqui, para que consideremos a mulher como sujeito pleno, e não a violentemos mais uma vez ao tratá-la como incapaz” (Schraiber; D'Oliveira, 1999, p. 24). Nesse sentido, muito mais do que tratar as repercussões físicas da ocorrência de violência, enfatiza-se que o setor saúde tem potencial e deve atuar no fortalecimento e emancipação das mulheres. A vista disso, vale ressaltar a pontuação de D'Oliveira *et al.*, (2009, p. 1042), pois acredita-se que

a finalidade última do trabalho com violência contra a mulher seja o fortalecimento das mulheres e a emancipação de todos os envolvidos (população e profissionais), e não apenas o alívio da dor e o tratamento dos sintomas e agravos consequentes à violência, o que reorientaria os objetivos mais tradicionais de base biomédica do trabalho profissional em saúde. Para isto, é necessária uma forma de agir com uma importante dimensão interativa, baseada na escuta, na orientação, no acolhimento, com ênfase na comunicação com a mulher usuária e entre os profissionais, na direção de projetos assistenciais negociados e construídos em conjunto para cada caso, tendo como referência a garantia de direitos e a emancipação.

Contudo, considerando que tais ações se inserem dentro da política de saúde, há de se afirmar que estas sofrem os impactos da contrarreforma e que, conforme Teixeira (2017), destaca-se dois - dentre tantos - desafios no setor saúde que se colocam frente a efetivação da atenção às mulheres em situação de violência: “1) a continuidade de um conceito de saúde restrito à ausência de doença, que prioriza a cura de sintomas e patologias 2) a precarização dos serviços de saúde, proveniente do desmonte das políticas sociais, a qual se caracteriza como estratégia de atendimento às demandas do capital” (Teixeira, 2017, p. 1).

Todavia, embora diante de um contexto de complexos desmontes e tentativas de dissociação da violência enquanto um problema de saúde pública, destaca-se a importância e potencialidade que a política de saúde possui diante do atendimento de mulheres vítimas de violência. Por ser, muitas vezes, a porta de entrada na rede de enfrentamento, às unidades de saúde tem significativa relevância e determinação, através de uma atuação ética e política, no processo de rompimento do ciclo de violência. Além de, através de suas contribuições, fornecer subsídios tanto para a produção acadêmica, quanto para o aprimoramento de políticas públicas que enfrentam a violência contra a mulher. Partindo dessa perspectiva, o próximo capítulo tratará da notificação compulsória de violência.

4. A QUESTÃO DA NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

“Como já se ouviu de um procurador, respondendo uma pergunta do porquê a justiça ser lenta: “Os juízes perdem muito tempo cuidando da surra que o sr. José deu na dona Maria e, enquanto isso, os problemas importantes se avolumam, retardando as decisões” (citação de memória). Não é apenas este procurador que tem este entendimento. Na verdade, ele apenas reflete a complacência que a sociedade tem para com a violência [...]”
(Saffioti, 2015, p. 91-92).

O presente capítulo além de caracterizar, tendo como base a Portaria nº 204/2016, intenciona apontar as possíveis contradições existentes no processo de notificação de violência contra a mulher. Ademais, objetiva também discorrer sobre as inflexões dessa caracterização/contradição na assistência à saúde das mulheres em contexto de violência.

4.1. As configurações e contradições da notificação da violência contra a mulher

Levando em consideração o contexto dos serviços de saúde, sobretudo, aqueles não especializados ao atendimento de mulheres vítimas de violência, cita-se como um dos elementos que constitui o processo de notificação dessas violências a ficha de notificação compulsória que está respaldada em algumas diretrizes do Ministério da Saúde. De antemão, salienta-se que o estabelecimento da notificação compulsória passa a existir desde 1975, a partir da Lei 6.259 (Brasil, 1975).

No entanto, ao fazer o recorte de gênero, aponta-se para o ano de 2003, quando o Ministério da Saúde estabelece, por meio da Lei nº 10.778, a notificação compulsória em casos de violência contra a mulher que forem atendidas nos serviços de saúde públicos e privados do país (Brasil, 2003).

À luz disso, destaca-se que “o ano de 2004 também foi marcado por outra portaria do Ministério da Saúde, a que disseminou a notificação compulsória de Violência contra a Mulher instituindo uma ficha de notificação como forma de registro” (Minayo, 2006 *apud* Bedo; Lourenço, 2019, p. 4). Ainda de acordo com Bedo e Lourenço (2019), no âmbito da notificação, tem-se em 2011 a publicação da

Portaria nº 104 que passa a incluir a violência na lista nacional de notificação (Brasil, 2011) e, em 2014, a Portaria nº 1.271 que estabelece a periodicidade da notificação em alguns casos de violência (Brasil, 2014).

Todavia, em 2016, tem-se a publicação de uma nova portaria em relação a definição da lista nacional de doenças, agravos e eventos de saúde pública que devem ser notificados tanto pelos serviços públicos quanto pelos serviços privados em contexto nacional, isto é, a Portaria nº 204/2016 (Brasil, 2016). No entanto, esta última foi revogada e teve suas diretrizes consolidadas por meio da Portaria nº 4/2017 que consolidou as normas dos sistemas e subsistemas do SUS (Brasil, 2017).

Diante do exposto, cabe destacar que para fins de análise da violência e a configuração/estrutura da notificação compulsória, o presente estudo terá como base o instrutivo de 2016, visto que, apesar de ter sido revogado, seu texto e conceitos não foram extintos, ou seja, foram mantidos e consolidados na normativa publicada em 2017.

Considerado isso, a violência, seja ela interpessoal e independente de sua natureza, ou autoprovocada, vem a se enquadrar como objeto a ser notificado, levando em consideração a definição que a portaria dispõe dos conceitos anteriormente citados. Tendo isso em vista, os casos de violência vêm a se caracterizar enquanto um agravo, dado que, de acordo com o inciso I, do art. 2º, este refere-se a

[...] qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada (Brasil, 2016).

Além disso, o documento atribui a urgência em que os casos devem ser notificados. Assim, são estabelecidas a notificação compulsória, a Notificação Compulsória Imediata (NCI) e a Notificação Compulsória Semanal (NCS), além da notificação compulsória negativa que não terá foco aqui. De acordo com isso, fica determinado que os casos de violência doméstica e/ou outras violências requerem a realização da NCS, ou seja, que sejam feitas “em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo” (Brasil, 2016).

Destaca-se também os casos em que ocorreram violência sexual e tentativa de suicídio, que demandam a realização da NCI, isto é, que “seja realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível” (Brasil, 2016). Ademais, aponta-se, segundo análise pessoal, um dos aspectos mais importantes que configura a portaria, isto é, a obrigatoriedade multidisciplinar da realização da notificação. Com base nisso, o art. 3º do documento indica que

A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (Brasil, 2016).

Não obstante, tal questão vem a ser ratificada em sua especificidade de NCI. Assim, o art. 4º dispõe que

A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível (Brasil, 2016).

A portaria ainda aponta para um terceiro agente notificador, sendo ele, a população. De acordo com o parágrafo 3º, do art. 3º, é exposto que “a comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento” (Brasil, 2016). Ademais, salienta-se o fato de que a mesma deve ser feita em casos suspeitos ou confirmados, tal como pode ser visualizado na afirmativa do parágrafo 1º, do art. 3º, isto é, “a notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS” (*idem*, 2016).

Salienta-se também que, apesar do presente trabalho direcionar seu foco para a violência contra a mulher, a ficha de notificação em si, não se restringe apenas a ocorrência destes casos, diante disso:

A ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (Brasil, 2015, p.14 *apud* Bedo; Lourenço, 2019, p. 4).

Perante o exposto, apreende-se que fica estabelecido o preenchimento da ficha de notificação, sendo a violência em suas diversas expressões e grupos de vítimas, objeto a ser notificado por profissionais de saúde - independente da área - e responsáveis pelos serviços que primeiro atender o/a usuário/a vitimado/a e tiver conhecimento ou suspeição de casos de violência. Somado a isso, assim como foi visto anteriormente, compreende-se que é um processo que também conta com a participação da sociedade civil, na medida em que os indivíduos podem atuar enquanto informantes às autoridades e unidades de saúde e, a partir disso, de fato concretizar a realização da notificação.

Diante disso, ressalta-se, tal como é pontuado no documento em questão, a importância e o cuidado de também se notificar casos suspeitos, dado que, muitas vezes, é o movimento da suspeição que previne que casos de violência venha de fato acontecer e violar a integridade, não só física, mas também psicológica e moral de meninas e mulheres.

Além disso, considerando o exposto no art. 6º, ou seja, que "a notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS" (Brasil, 2016), entende-se que os dados coletados nas fichas de notificação servirão para alimentar a base de dados dos sistemas de informação de órgãos de saúde nacionais e, assim, contribuir na elaboração de dados estatísticos acerca do fenômeno.

Logo, entendendo, ainda que de forma sucinta, sobre as configurações da notificação de violência, intenciona-se apontar para a relevância que este instrumento assume no enfrentamento a violência contra a mulher. Fala-se isso pois, "a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde" (Velooso *et al.*, 2013, p. 1265). Além de, assim como já foi mencionado, ser possível a partir dos dados obtidos através das notificações vistos em base de dados, tais como o SINAN, tanto o desenvolvimento, quanto o aprimoramento de políticas voltadas ao enfrentamento da problemática.

Nesse contexto, Velooso *et al.*, (2013, p. 1263) apontam para "a importância do conhecimento do perfil das violências para intervenção e elaboração de políticas

públicas intersetoriais que promovam a saúde e a qualidade de vida”. Assim, as especificidades dos dados coletados, tem a capacidade de subsidiar políticas públicas combativas também mais específicas, dado que, “a sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das vítimas e dos (as) prováveis autores (as) das violências” (Veloso *et al.*, 2013, p. 1265).

Logo, tal questão se faz extremamente relevante pois, como já foi visto ao longo do trabalho, apesar de a violência contra a mulher, atingir a mulher brasileira como um todo, sabe-se que o fenômeno assume especificidades dentro deste grupo, demandando assim, o desenvolvimento de políticas públicas mais específicas capazes de atender as particularidades das mulheres que viveram episódios de violência. Por exemplo, de acordo com dados do SINAN (2020), ao analisar a questão raça/cor, apreende-se que em 2020 foram realizadas 119,475 notificações de mulheres pretas e pardas, para 92,151 (brancas), 2,143 (amarelas), 1,982 (indígenas) e 17,320 foram marcadas como “ignorado”. Assim, ratifica-se que

Esses dados revelam que todas as mulheres, independente de cor/etnia estão passíveis da violência, todavia no caso das mulheres negras, se concentra a parcela da sociedade mais vitimada por esse crime. Apontando a necessidade de políticas públicas destinadas às mulheres negras, pois é perceptível que as políticas públicas de combate à violência visualizam as mulheres em sua universalidade, não atingindo de maneira eficaz as mulheres negras, que sofrem opressão por serem mulheres e racismo por serem negras (Nascimento; Ribeiro, 2019, p. 8).

Nesse viés, ressalta-se que a notificação de violência não se trata de uma denúncia. Apesar de, perante casos suspeitos ou confirmados o preenchimento da notificação ser obrigatório, como também, de acordo com a Lei nº 10778/2003 sob redação dada pela Lei nº 13931/2019, haver a obrigatoriedade da comunicação às autoridades policiais na ocorrência de violência contra a mulher, a realização da denúncia é de inteira responsabilidade e vontade da mulher que, durante o atendimento em saúde é - ou deveria ser - devidamente orientada acerca da rede de enfrentamento e dos serviços disponíveis, assim como, ser devidamente orientada sobre a importância da realização do boletim de ocorrência. Nesse sentido, salienta-se que

a vigilância epidemiológica de violências pretende, além de obter informações sobre as características desses agravos, subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito a saúde e a vida.

Busca-se, assim, incentivar a formação de redes de atendimento às pessoas vítimas de violências e, dessa forma, garantir atenção integral, promoção da saúde e cultura de paz (Veloso *et al.*, 2013, p. 1265).

Considerando isso, reafirma-se o objetivo da notificação, ou seja, de visibilizar e dar características aos casos de violência e, a partir disso, determinar medidas prioritárias a setores diversos, incluindo à saúde; sendo, dessa forma, “fundamental para a vigilância epidemiológica e para a definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde” (Veloso *et al.*, 2013, p. 1263).

Contudo, entendendo que o fenômeno da violência é extremamente complexo, multifacetado e atravessado por diversos estigmas sociais, entende-se também que o processo da notificação se torna um processo complexo na medida em que apresenta seus desafios e contradições.

Uma das suas contradições pode ser visualizada no que diz respeito ao exposto nos artigos 3º e 4º da referida portaria, ou seja, sobre a obrigatoriedade da notificação de violência por todo o profissional de saúde. Nesse sentido, Saliba *et al.*, (2007) ao realizarem uma pesquisa nos Códigos de Ética de áreas tais como Medicina e Psicologia, destacam que, ainda que tais documentos não falem explicitamente sobre a violência - mais precisamente sobre a violência doméstica, pois é o objeto do estudo mencionado - e, portanto, sobre a notificação, há diretrizes éticas que indicam o dever de uma atuação que se oponha a práticas violentas, pois,

[...] alguns artigos fazem referência à obrigação que estes profissionais têm de zelar pela saúde, dignidade e integridade humana. Assim, as normas específicas de cada profissão prevêm, mesmo que implicitamente, a necessidade que os trabalhadores da área de saúde têm de denunciar as situações de violência a quem for competente (Saliba *et al.*, 2007, p. 475).

Por exemplo, um dos princípios fundamentais do Código de Ética médica indica que:

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade (Resolução CFM, nº 1.931/09, p. 30).

Além disso, é exposto no art. 25 que:

Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem (Resolução CFM, nº 1.931/09, p. 37).

Outrossim, ao observar o Código de Ética da psicologia, Saliba *et al.*, (2007) sinalizam que nos princípios fundamentais do respectivo documento fica estabelecido “a responsabilidade do profissional dessa área ao mencionar que “o psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Resolução CFP, n° 010/05 *apud* Saliba *et al.*, 2007, p. 476). Ademais, ainda destaca o art. 2°, visto que o mesmo nega a participação ou, até mesmo, a coparticipação com “quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão” (Resolução CFP, n° 010/05 *apud* Saliba *et al.*, 2007, p. 476).

Esses pontos balizam claramente a atuação dos profissionais de saúde em questão e se opõem às práticas de violências, dado que as mesmas ameaçam completamente as condições de vida dos indivíduos, além de ser um impeditivo potente para a efetivação da dignidade humana, pois tal como pontuou Agudelo (1990, p. 1), a violência, seja direta ou indireta “representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”.

Nesse sentido, cita-se os elementos dos referidos documentos, para elucidar que além de uma contradição política e legislativa, dado que, existem normas que apontam para a obrigatoriedade da notificação, ocorre também uma contradição ética na medida em que se estabelece uma atuação contrária ao que fora estabelecido nos respectivos Códigos de Ética.

Levando em consideração essa incongruência, Sousa *et al.*, (2015), ao realizar um estudo sobre o preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres vítimas de violência sexual no Estado de São Paulo, apontam como resultado o fato dos/as enfermeiros/as serem os/as profissionais que mais preenchem as fichas de notificação em relação a outros profissionais, mas também como os únicos a realizarem tal atividade em determinados serviços.

Diante disso, salientam que “a grande maioria dos profissionais que faziam o preenchimento era composta de enfermeiros(as). Alguns médicos(as) que aceitaram participar da pesquisa não sabiam da existência da ficha de notificação compulsória, nem quais profissionais eram responsáveis pelo seu preenchimento” (Sousa *et al.*,

2015, p. 103). Ademais, tal característica vem a ser ratificada, por exemplo, por Bedo e Lourenço (2019), com base nos resultados obtidos através de entrevistas realizadas com dois assistentes sociais atuantes em unidades de pronto atendimento de Franca-SP, as autoras assinalam que normalmente as fichas de notificação são preenchidas unicamente pela equipe de enfermagem.

Ainda em conformidade com Bedo e Lourenço (2019), pode-se apreender contrariedades também levando em conta a precisão dos dados que são postos nas notificações. Assim, de acordo com estudo de caso realizado acerca das notificações de violência interpessoal e autoprovocadas no contexto de unidades de pronto atendimento, em todos os casos analisados é indicado que as mulheres, meninas e garotas são as principais vítimas. Por exemplo, ao analisar as notificações do ano de 2016 por “tipo de violência”, as autoras assinalam que as mulheres continuam representando o maior quantitativo nos tipos de violência, todavia é destacado que

Uma parcela significativa dos dados para ambos os gêneros foi assinalado como “ignorado” ou deixados em branco, sobretudo os campos que qualificam um perfil da pessoa vítima de violência, tais como: escolaridade, raça, orientação sexual e identidade de gênero, campos considerados essenciais na ficha de notificação, ou seja, mesmo não sendo necessário para digitação representam um dado fundamental para o registro (Bedo; Lourenço, 2019, p. 7).

Ou seja, ainda que se tenha informações de que as mulheres, meninas e garotas são as principais vítimas de violência, muito pouco se sabe sobre as particularidades que atravessam as realidades dessas pessoas. Dessa forma, ainda que a ficha de notificação seja preenchida, percebe-se que não há o estabelecimento da precisão dos dados o que incide, diretamente, no seu objetivo de não somente dimensionar e caracterizar o fenômeno da violência, como também, de subsidiar as ações prioritárias que serão desenvolvidas e implementadas nos serviços.

À vista disso, faz-se interessante ressaltar que, de acordo com Sousa *et al.*, (2015), os profissionais de saúde possuem algumas dificuldades em relação ao preenchimento da ficha de notificação sendo apontadas, por exemplo, dificuldades relacionadas à mulher usuária do serviço, assim como, com relação às características da própria ficha de notificação e por razões profissionais. Isto é, se pode ocorrer da mulher usuária do serviço apresentar resistência em afirmar ou não

ter sido vítima de violência, pode ocorrer também o constrangimento e, diga-se, o despreparo do profissional na condução do atendimento em saúde.

Dessa forma, destaca-se que tais questões rebatem diretamente na obrigatoriedade da notificação, na necessidade de se obter dados precisos, como também, podem resultar na ocorrência de subnotificações. Além disso, um outro ponto que merece ser destacado é o fato de, Bedo e Lourenço (2019) terem desvelado que, ainda no contexto de Franca-SP, as notificações terem ocorrido, predominantemente, nos serviços públicos de saúde, mesmo que a notificação seja obrigatória tanto nos serviços públicos quanto nos serviços privados. Acerca disso, as autoras destacam que

Em 2016, 97,9% das notificações foram realizadas pelas unidades públicas de pronto atendimento em Franca-SP e apenas 2,1% foram notificações das unidades de saúde privada. Em que 100% das notificações foram de unidade de saúde. Se levado ao pé da letra, esse dado demonstraria que pessoas que tem planos de saúde privado não passam por situações de violência, o que se sabe não ser verdadeiro (Bedo; Lourenço, 2019, p. 9).

Além disso, salienta-se a questão da subnotificação dos casos de violência contra a mulher que, assim como Garbin *et al.*, (2015) afirmam, ainda hoje se mostra como um grande desafio quando se pensa na problemática, caracterizando-se, portanto, “como uma realidade atual no contexto do SUS” (Cruz *et al.*, 2021, p. 165). Dessa forma, apesar dos números serem alarmantes, os mesmos não dão conta de denunciar a realidade que o fenômeno da violência provoca. Acerca dessa situação, Garbin *et al.*, (2015) pontuam que a notificação

[...] ainda se trata de um fenômeno invisível na rotina dos profissionais de saúde. A subnotificação está relacionada à falta de informações técnicas e científicas do assunto. Além disso, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (Garbin *et al.*, 2015, p. 1080).

Considerando ainda esse contexto, Silva Filho (2018 *apud* Cruz *et al.*, 2021, p. 165) aponta também para o fato de que

o acontecimento da subnotificação perpassam desde a dificuldade na operacionalização dos registros até fatores sociais, como a aceitação da violência como normal nas relações, a impunidade de agressores e até duvidar da palavra da vítima, culpabilizá-la ou até tentar persuadi-la a não dar continuidade à queixa, mostrando, assim, o despreparo dos agentes públicos no tratar dos dados e ocorrência

Assim, além de haver uma certa resistência em compreender a violência enquanto um problema interdisciplinar e, conseqüentemente, de saúde pública, assim como o é, muitos outros fatores influenciam a ocorrência das subnotificações. Certamente, tais questões não justificam e autorizam o estabelecimento das subnotificações, mas traz à tona que não basta a existência de um parâmetro regulamentador da notificação compulsória, apesar de este ser um avanço extremamente significativo, mas que demanda a articulação de outros empreendimentos e mobilizações.

Ainda assim, é válido considerar que existe um vasto arcabouço de diretrizes do Ministério da Saúde que apontam para a notificação compulsória e, inclusive, instrutivos específicos no âmbito da violência e sua notificação. Diante disso, embora se reconheça, tal como foi abordado anteriormente, a necessidade de articulação dessas diretrizes com iniciativas próprias dos serviços, legitima-se também que os próprios instrutivos, considerando suas atualizações, demandam uma apropriação contínua dos profissionais que atuam diretamente com casos de violência.

Visto isso, conclui-se que, certamente, o universo das contradições que permeiam o processo de notificação de violência não se esgota nas que aqui foram citadas, porém as destacamos na medida em que estas são consideradas como elementos que potencialmente dificultam o processo de implementação e efetivação de um instrumento fundamental no enfrentamento à violência e que, de modo conseqüente, incide também na assistência que será dada, sobretudo, à saúde da mulher em situação de violência. Considerando isso, o próximo capítulo se desdobrará acerca das inflexões que perpassam essa assistência.

4.2. Inflexões sobre a assistência à saúde da mulher vítima de violência

Diante do exposto, a assistência à mulher em situação de violência e, de modo conseqüente, à sua saúde se apresenta como um dos eixos que baliza a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Brasil, 2011). Ainda de acordo com o documento, “o enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão” (Brasil, 2011, p. 25). Ou seja, a partir disso se compreende que o enfrentamento não ocorre, meramente, por via do

estabelecimento de ações de combate e/ou punitivas, mas também por ações que contemplem e articulem a esfera da prevenção, do acesso e garantia de direitos e da assistência, assim como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 - Eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres

Prevenção	Ações Educativas e culturais que interfiram nos padrões sexistas
Enfrentamento e combate	Ações punitivas e cumprimento da Lei Maria da Penha
Assistência	Fortalecimento da Rede de Atendimento e capacitação dos agentes públicos
Acesso e garantia de direitos	Cumprimento da legislação nacional/internacional e iniciativas para o empoderamento das mulheres

Fonte: Elaboração própria em conformidade com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011).

Com base nisso, é exposto que

No que tange à assistência às mulheres em situação de violência, a Política Nacional deve garantir o atendimento humanizado e qualificado àquelas em situação de violência por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados (Casas-Abrigo, Centros de Referência, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher); e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento (articulação dos governos Federal, Estadual/Distrital, Municipal e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento) (Brasil, 2011, p. 27).

De acordo com Oliveira *et al.*, (2005) e considerando a rota crítica⁹ que a mulher em situação de violência percorre, “na maioria das vezes, o primeiro contato das mulheres é nos hospitais, pelos pronto-socorros de onde são encaminhadas para os serviços especializados” (Oliveira *et al.*, 2005, p. 380). Considerando isso, conforme Pedrosa e Spink (2011) explanam, o tratamento que será dado à mulher que procura ajuda no setor saúde, possui extrema relevância e determinação na

⁹Conforme é exposto na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, “a rota crítica refere-se o caminho que a mulher percorre na tentativa de encontrar respostas do Estado e das redes sociais frente à situação de violência. Essa trajetória caracteriza-se por idas e vindas, círculos que fazem com que o mesmo caminho seja repetido sem resultar em soluções, levando ao desgaste emocional e à revitimização” (Brasil, 2011, p. 30).

condução do enfrentamento e transformação de casos que envolvem violência, tendo potenciais chances de reduzir ou eliminar o contexto de vulnerabilidade à violência e, assim, promover saúde e o pleno exercício de cidadania.

Nesse sentido, “os serviços de saúde têm o dever de constituir-se como um local de acolhimento e elaboração de projetos de apoio, ao invés de ser mais um obstáculo na tentativa empreendida pelas mulheres de transformação de sua situação” (Schraiber; D’Oliveira, 1999, p. 24). No entanto, o que se pode apreender, assim como a literatura aponta, é que muitas inflexões se colocam frente ao estabelecimento de uma assistência resolutiva e, portanto, humanizada e integral em casos que envolvem violência contra a mulher, tal como pode ser observado na tabela a seguir.

Tabela 2 - Inflexões sobre a assistência à saúde da mulher em contexto de violência¹⁰

CATEGORIAS	CITAÇÕES
Invisibilidade da violência como um problema de saúde pública	<p>A falta de reconhecimento da violência como um problema gerador de necessidades em saúde, ou seja, como objeto de intervenção em saúde, e a adequação da finalidade e dos saberes instrumentais ao modelo de atenção em saúde tradicional e curativo, evidenciaram um trabalho sem perspectivas de proporcionar uma assistência pautada na integralidade e com potencial para a emancipação de gênero das mulheres que sofrem esse tipo de violência e que recorrem aos cuidados daquela equipe (Almeida; Silva; Machado, 2014, p. 55).</p> <p>[...] os profissionais dessa área tendem a subestimar a importância do fenômeno,</p>

¹⁰Levantamento realizado na base de dados do Google Acadêmico a partir das palavras chaves “violência contra a mulher” “gênero e saúde” “assistência” “profissional de saúde”, considerando as publicações de 2009 a 2023. Mediante a leitura preliminar dos resumos, foram selecionadas 26 publicações que tenham como objeto a violência contra a mulher e, de certa forma, discutem sobre os impeditivos que se lançam frente a uma intervenção resolutiva e que, portanto, garanta à mulher uma assistência integral e humanizada. Destaca-se que os elementos que se caracterizam enquanto inflexões, faz-se presente em todas as produções que foram analisadas, ou seja, a partir da leitura das publicações foi possível visualizar questões que dizem respeito, principalmente, a invisibilidade da violência, sobretudo, a violência contra a mulher como um problema de saúde; invisibilidade das questões de gênero, como também, a falta de capacitação dos profissionais. Conforme o levantamento, essas são características que se repetem na literatura e configuram desafios na assistência. Considerando isso, as citações que podem ser visualizadas na Tabela 2 não correspondem exatamente a todos os trabalhos que foram levantados, mas indicam elementos que se fazem presentes em todos eles e configuram tais inflexões.

	<p>voltando suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias. (Daltoso, 2019, p. 39).</p> <p>A redução do problema social ao biológico mantém invisível a violência, pois alivia seus efeitos, principalmente os sintomas físicos e mentais, a partir do uso de medicamentos. Essa redução tem potencial para reproduzir a banalização da vivência da violência como sofrimento “normal” às mulheres se não for analisada sob uma perspectiva de gênero (Silva, 2015, p. 19-20).</p> <p>Nos serviços de emergência, a violência conjugal é a maior causa de lesão corporal, sobrepondo-se a acidentes de trânsito; porém, as dimensões que acompanham esse sofrimento marcado no corpo não são consideradas nas condutas médicas (Stark e Flitcraft, 1996 <i>apud</i> Pedrosa; Spink, 2011, p. 125).</p>
Invisibilidade das questões de gênero	<p>[...] as ações não contemplam as questões de gênero e o encaminhamento/referência aos serviços assistenciais não recebem a contrarreferência. [...] a necessidade de qualificação das equipes da Estratégia de Saúde da Família para atuação nas situações de violência de gênero, e fomento pela gestão pública para a estruturação da rede de serviços assistenciais (Rodrigues <i>et al.</i>, 2014, p. 735).</p> <p>Os profissionais do serviço, ao serem questionados sobre qual a sua concepção acerca de gênero, manifestaram, frequente e prevalentemente, a falta de um entendimento coerente sobre o assunto. (Almeida; Silva; Machado, 2014, p. 54).</p> <p>Entre os entraves para uma abordagem adequada da violência de gênero, salienta-se a relutância da vítima em confidenciar ao profissional de saúde os incidentes vividos [...] Acresce, ainda, existir certa relutância, por parte dos profissionais de saúde em pesquisar ativamente a violência de gênero (Vicente;Vieira, 2009, p. 64).</p> <p>[...] incapacidade de integrar a perspectiva de gênero e a promoção dos direitos como prioridades no planejamento e na implementação das atividades de assistência e intervenção, com repercussões efetivas no agir profissional (Kiss;Schraiber, 2011, 1944).</p>
Falta de capacitação dos profissionais de saúde	A falta de capacitação dos profissionais é um

	<p>dos elementos que contribui para a falha dos serviços de saúde falha no enfrentamento em rede da violência de gênero, constituindo assim, o primeiro entrave para a sua abordagem efetiva no setor [...] autores argumentam que, como a revelação de uma situação de violência de gênero ocorre geralmente nos serviços de saúde, isso representa um desafio para os profissionais de saúde, o que aponta para a necessidade de que haja discussão dos temas relacionados a gênero, violência e saúde desde o início da formação da graduação dos cursos de saúde, além de constantes treinamentos como estratégia para a mudança dessa realidade de despreparo dos profissionais diante dos casos de violência doméstica contra a mulher (Cruz, 2021, p. 165-166).</p> <p>[...] os diversos serviços, sejam eles da atenção primária, secundária ou terciária, sofrem com a falta de protocolos, fluxos e capacitações para as equipes e da organização da rede de apoio para atender de forma competente a essas situações (Santos, 2016, p. 33).</p> <p>Os profissionais de saúde encontram-se despreparados no que tange o atendimento às vítimas de violência, em desencontro com uma assistência humanizada e resolutiva preconizada pelas políticas existentes (Silva, 2015, p. 72)</p> <p>[...] tanto a graduação quanto a pós-graduação não expressa preocupação com a abordagem do tema violência contra a mulher. A maior parte dos profissionais não teve a temática da violência sendo abordada enquanto a outra parte teve de forma superficial e pontual. Esses profissionais assumem não saber quais condutas devem ser tomadas frente a esses casos, pois o tema não foi contemplado na graduação (Cordeiro et al, 2015, apud Santos, 2023, p. 36).</p>
--	---

Fonte: Elaboração própria com base nos escritos de Almeida, Silva e Machado (2014); Daltoso (2019); Silva (2015); Pedrosa e Spink (2011); Rodrigues *et al* (2014); Vicente e Vieira (2009); Kiss e Schraiber (2011); Cruz (2021); Santos (2016) e Santos (2017).

À vista disso, Saffioti (2015) ao discutir sobre o âmbito das Delegacias de Defesa da Mulher (DDMs) afirma, principalmente, que “o problema reside no conhecimento das relações de gênero, que não é detido por nenhuma categoria ocupacional. Profissionais da saúde, da educação, da magistratura, do Ministério Público etc., necessitam igualmente, e com urgência, desta qualificação” (Saffioti, 2015, p. 95).

Ademais, pontua que durante um ano, houve apenas a realização de um único curso em relação a violência de gênero e que, apesar da alta demanda para a realização de outra capacitação sobre o referido tema, a mesma não se concretizou. Certamente, essa realidade extrapola o âmbito das delegacias e constituem outros espaços sociais - assim como pode ser visto na Tabela 2 - que lidam diretamente com a ocorrência e consequência da violência contra a mulher e, aqui, cabe destacar que “a necessidade de capacitação periódica para esse tipo de atendimento é enfatizada pelo próprio Ministério da Saúde” (Brasil, 2011 *apud* Sousa *et al.*, 2015, p. 104).

Dessa forma, apesar de todas as influências sociais, políticas, culturais e morais que atravessam o fenômeno da violência e todo o seu processo de enfrentamento, investigação, notificação e etc., tem-se a falta de conhecimento sobre a problemática e, sobretudo, sobre as relações de gênero visto que esta determina a dinâmica dos casos de violência contra a mulher, como um dos principais impeditivos que impossibilita a efetivação de uma assistência qualificada e, portanto, possui fortes impactos no atendimento que será estabelecido à mulher vítima de violência que recorre aos serviços de saúde.

Por exemplo, em relação à notificação compulsória nos casos de violência e o fato desta ser um instrumento que viabiliza o aprimoramento e desenvolvimento de políticas públicas mais assertivas, Sousa *et al.*, (2015) destacam que “essa situação pode estar relacionada tanto à formação dos profissionais de saúde quanto à sua capacitação para desempenhar suas funções nos serviços públicos de saúde” (Sousa *et al.*, 2015, p. 104). Considerando isso, Cruz *et al.*, (2021) indicam que o despreparo dos profissionais que se encarregam de atender mulheres em situação de violência fomentam a condição da subnotificação e, portanto, fomenta a invisibilização das características da problemática.

Dessa maneira, ao pensar na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação e as aproximações que nesse momento são estabelecidas com a temática da violência, destaca-se, com base em apontamentos de professores de faculdades dos cursos de medicina e enfermagem, que

[...] embora os docentes reconhecessem a violência como um problema de saúde, eles tinham dificuldades para inserir o tema em sua prática docente. Ao analisar os currículos dessas faculdades, verificou-se que o tema da violência foi explicitado ou apareceu na forma de outro termo correlato em 23% das disciplinas dos cursos de medicina e em 16,3% das disciplinas de

enfermagem. Por outro lado, alguns estudos com profissionais de serviços públicos de saúde têm apontado que eles não se sentem capacitados a dar um atendimento integral às mulheres em situação de violência^{15,33,34}, o que, por certo, também pode comprometer seu entendimento acerca da necessidade da notificação, inclusive da violência contra crianças e adolescentes³⁵ (Sousa *et al.*, 2015, p. 104)

Nesse viés, Pedrosa e Spink (2011, p. 124) ao executarem um estudo em um hospital universitário de São Paulo, apontam como resultados de entrevistas realizadas com médicos do referido hospital o fato de que existem “[...] lacunas na formação e nas práticas médicas acerca da temática violência de gênero”. Lacunas essas que se apresentam cotidianamente aos profissionais que, diante de casos de violência, não se sentem qualificados para prestar assistência às mulheres que chegam aos serviços de saúde, assim como foi mencionado por Sousa *et al.*, (2015). Nesse sentido, as autoras destacam que

Discutir na graduação de Medicina noções de gênero, direitos reprodutivos e humanos é fundamental para nortear os posicionamentos e as práticas dos futuros profissionais. O distanciamento da academia das questões políticas e sociais tem apresentado ações descoladas da realidade brasileira (Pedrosa; Spink, 2011, p. 131)

De forma complementar, Cruz *et al.*, (2021, p. 168-169) sinalizam que

As universidades, também, sob uma perspectiva integrativa necessitam criar possibilidades de discussão da temática nos currículos, com espaços que promovam reflexões da prática profissional sob a égide da promoção à saúde de mulheres, e que sejam consideradas famílias que vivenciam a violência de gênero em seus lares. [...] a formação hospitalocêntrica, voltada para a cura da doença, não capacita o profissional de saúde para considerar as situações sociais complexas que impactam o processo de saúde e adoecimento do indivíduo. Uma vez que a violência de gênero se apresenta como uma questão social complexa que exige uma abordagem interinstitucional e multidisciplinar, é importante que tais profissionais sejam devidamente preparados para lidar adequadamente com tal realidade, dentro das ações de assistência, prevenção e promoção à saúde

Diante disso, assim como pontua Saffioti (2015), não se coloca em questão o quão bom e qualificado o profissional - nesse caso, o profissional de saúde - é executando sua profissão, mas o quão qualificado o mesmo é em relação aos casos que envolvem violência e a apreensão dos nós que são estabelecidos entre estes casos e a totalidade social e, ademais, a capacidade de compreensão do fenômeno enquanto um determinante social no processo saúde-doença das mulheres.

Por outro lado, assim como também foi exposto na Tabela 2, aponta-se como um dos impasses nos atendimentos às mulheres em contexto de violência, uma

certa resistência em se declarar ou não vítima de violência. Todavia, cabe enfatizar que, diante de um contexto de vulnerabilização e sofrimento que historicamente é perpassado por estigmas sociais que, inclusive, a culpabiliza pela condição vivida, muitas barreiras dificultam que mulheres em situação de violência acessem os serviços de enfrentamento/atendimento e, ainda que acessem, não exponham, por exemplo, as causas do problema que as fez chegar aos serviços.

Além do mais, barreiras que se colocam até mesmo frente ao reconhecimento dessa mulher enquanto um indivíduo social que vive em situação de violação de direitos. Portanto, há de se considerar que embora atualmente se debata e que dê mais visibilidade a violência contra a mulher e suas repercussões, a sociedade brasileira ainda se molda em bases patriarcais e que, portanto, confere à mulher um espaço subalternizado, de intensas explorações e de corresponsabilização pelas situações vividas.

De acordo com Miranda, Paula e Bordin (2010), em estudo realizado com mulheres mães em contexto de violência conjugal física, foi relatado que embora mulheres que sofreram algum tipo de violência reconhecessem a urgência de ser ter uma assistência médica, as mesmas não receberam por motivos tais como vergonha e medo. As autoras apontam que

As 49 mulheres vítimas de algum tipo de violência que julgaram necessitar de cuidados médicos, mas que não os receberam, alegaram os seguintes motivos: 17 (34,7%) tiveram vergonha de expor o problema, 16 (32,7%) disseram ter mudado de idéia e preferido não procurar atendimento, cinco (10,2%) tiveram medo de represália por parte do marido, três (12,5%) tiveram medo de comprometer o marido/ companheiro e no caso de uma (6,1%) o marido/companheiro ou familiares não a deixaram ir, entre outros motivos menos frequentes (Miranda; Paula; Bordin, 2010, p. 303).

Considerando o exposto, Kiss e Schraiber (2011), ao entrevistarem profissionais dos serviços públicos de saúde em São Paulo, destacam haver dificuldades por parte dos profissionais em relação ao silêncio das mulheres. Contudo, salientam que

[...] o silêncio é visto como um problema só da mulher e não remetido para a responsabilidade também do profissional. Em seus relatos, a tentativa de obter uma espécie de “confissão” seria tão trabalhosa que se tornaria um grande problema, ou seria, de vez, inviável no seu contexto de trabalho. Ademais, a natureza doméstica e privada da violência contra mulheres contribui para recusá-la como alvo assistencial (Kiss; Schraiber, 2011, p. 1948).

Nesse sentido, evidencia-se que o atendimento não suficientemente qualificado, associado a um contexto institucional que não proporcione aos seus profissionais a possibilidade de educação permanente e, portanto, qualificações na abordagem de casos que envolvam violência, podem resultar em impactos diretos no quadro clínico da saúde da mulher provocando, por exemplo, seu adensamento e piora. Diante disso, cabe ressaltar que

Possibilitar a abertura da discussão de violência no âmbito dos serviços da saúde é viabilizar a promoção dos direitos da mulher e estabelecer relações horizontais de gênero. Para isso, é preciso propiciar espaços para refletir sobre a atuação dos profissionais e seus posicionamentos dentro da instituição, além de fornecer meios de capacitação, incluindo a inserção nos currículos da área da saúde de temáticas que atravessam o adoecimento, como questões racial-étnicas, de gênero e classe social (Pedrosa; Spink, 2011, p. 134).

Como já foi mencionado anteriormente, mulheres em situação de violência utilizam mais frequentemente os serviços de saúde. Além disso, estudos apontam para os impactos que a problemática provoca na saúde da mulher, nesse sentido, “os efeitos da violência sexual sobre a saúde podem ser prolongados e crônicos [...] Problemas como o estresse pós-traumático, que muitas vezes é caracterizado por sintomas como insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade” (Pedrosa; Spink, 2011, p.129). Além do adoecimento psíquico, provocando “altos índices de suicídio, abuso de drogas e álcool” (Vicente; Vieira, 2009, p. 64).

Nessa perspectiva, Miranda, Paula e Bordin (2010) discorrem sobre os mecanismos diretos e indiretos os quais a violência se revela e utiliza no processo de adoecimento de mulheres em situação de violência. Assim,

O mecanismo direto envolve agressões físicas com ataques repetidos ou de alta intensidade que causam traumatismos (fraturas, hemorragias e deformidades físicas) ou problemas crônicos (dor crônica e osteoartrite). O mecanismo indireto está relacionado ao estresse psicológico crônico, que contribui para o desenvolvimento de hipertensão arterial, problemas gastrintestinais e geniturinários e transtornos mentais, e à adoção de comportamentos de risco que favorecem infecções e acidentes ⁽¹⁵⁾. Transtorno de estresse pós-traumático, depressão (com ou sem suicídio) e abuso e dependência de substâncias são transtornos psiquiátricos frequentes entre as mulheres vítimas de violência conjugal física ^(15, 17, 18). (Miranda; Paula; Bordin, 2010, p. 301).

Destarte, os impactos não se restringem unicamente à mulher, mas provoca também impactos na família e nos filhos. Considerando isso, é relatado por Miranda, Paula e Bordin (2010), que crianças que presenciam situações de violência são muito mais propensas a desenvolverem desequilíbrios em relação à saúde mental e

que, principalmente, podem atuar, se meninos, enquanto perpetradores do ciclo de violência; enquanto as meninas, podem se envolver em relacionamentos que as oprimem e violam.

Assim, esses aspectos da violência “[...] aumentam a relevância do problema e a importância de sua abordagem em caráter interdisciplinar nos diversos níveis de atenção à saúde” (Miranda, Paula e Bordin, 2010, p. 306). Diante do exposto, vale destacar que não se pretende cair em um mar de generalizações nem, tampouco, focalizar a discussão no profissional de saúde e na mulher em situação de violência. Destaca-se que, ao falar destes, fala-se também de questões outras que se consubstanciam e determinam os elementos os quais aqui foram explicitamente abordados.

Dessa forma, não se atribui unicamente ao profissional de saúde a responsabilidade sobre os modos que se estabelecem a assistência às mulheres vítimas de violência. É preciso levar em consideração também toda uma conjuntura que determina as políticas públicas, perceber as inflexões que o neoliberalismo exerce nessas políticas instaurando, desse modo, um cenário em que “as políticas sociais se tornam cada vez mais focalizadas não atingindo aqueles que possuem seus direitos violados” (Nascimento; Ribeiro, 2019, p. 2).

À vista disso, ao pensar a violência contra a mulher associada ao setor saúde, é necessário também apreender que a política de saúde além de se localizar em um processo de contrarreforma, expressa uma determinada racionalidade do sistema que rege nossa sociabilidade e que, por isso, expressa-se também como uma política que reproduz os ideais do patriarcado.

Conseqüentemente, apesar dos avanços e conquistas adquiridos no embate a violência contra a mulher, destaca-se que, ainda assim, persiste elementos do conservadorismo em questões relacionadas à abordagem que se dá a saúde da mulher; estando esses elementos estritamente relacionados às construções sociais oportunizadas pelo sistema patriarcal, conforme elucida Pedrosa e Spink (2011).

Logo, essas questões, de forma direta ou indireta, refletem-se nos processos de trabalhos e em toda a dinâmica da assistência que será prestada à mulher em situação de violência. Portanto, é considerando essas tendências que se preconiza, sobretudo, a necessidade dos serviços de saúde incorporarem nas suas rotinas de

assistência a aproximação com a realidade e os modos de viver, adoecer e morrer de mulheres.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos propostos para esse estudo monográfico, garante-se que os mesmos foram alcançados na medida em que a cada capítulo foram abordados os elementos que competiam aos mesmos a fim de se traçar um estudo sobre a violência contra a mulher e as imbricações que se estabelecem no setor saúde considerando, principalmente, o processo de notificação dessa violência na rede SUS e os seus rebatimentos na assistência prestada à mulher que se encontra em situação de violência.

Para tanto, buscou-se primeiro debater sobre como a violência se expressa na sociedade brasileira, tanto em seus aspectos gerais, mas também voltando o olhar para a violência que são empreendidas contra as mulheres e as relações que são estabelecidas com as questões de raça e classe. A partir disso, foi possível compreender que a violência se constitui como um elemento intrínseco à construção da história do Brasil. Isto é, toda sua estrutura social, cultural, política e econômica é perpassada pela instituição da violência que, cabe dizer, está presente desde o período de colonização das terras brasileiras.

Dessa forma, o fenômeno, apesar de hediondo, vai sendo naturalizado e banalizado, tanto na esfera privada e, principalmente, na esfera pública. Pois, ainda hoje se tem a concepção da violência contra a mulher e, sobretudo, a violência doméstica contra a mulher como um problema a ser resolvido pela esfera privada, ou seja, compete, de modo significativo, a instituição família intervir nesses casos. Considerando isso, a história de opressão, subordinação e violação dos direitos das mulheres, apesar das lutas e resistências, vai se reproduzindo e alcançando índices exorbitantes.

Portanto, não é à toa que o Brasil está entre um dos países mais violentos do mundo e que ocupa um dos primeiros lugares no *ranking* mundial de feminicídios. Salienta-se que as bases patriarcais, machistas e violentas que fundam o país justificam estes números e testificam a condição de ser mulher como mais um fator de risco na sociedade que, estando associado ao fator classe e raça, é potencialmente agravado, dado que, as mulheres negras, pretas e pardas em contexto de pobreza são as principais vítimas da violência contra a mulher.

No entanto, assim como pode ser observado no segundo capítulo deste trabalho, a violência, seja em seu sentido mais amplo ou considerando as

especificidades que assume enquanto violência contra a mulher, devido às suas repercussões, passa a se caracterizar mundialmente como um problema de saúde pública. Dessa forma, tem-se o estabelecimento da compreensão de que se trata de um objeto de intervenção de diversos setores da sociedade e, inclusive, o campo da saúde.

Contudo, pensar a violência e, mais precisamente, pensar a violência contra a mulher associada ao setor saúde é pensar também que muitos desafios são postos frente a esse atendimento e, portanto, a uma intervenção resolutiva. Seja porque a violência é um problema atravessado por diversos estigmas sociais e, além disso, é um fenômeno que ainda é naturalizado/banalizado; seja porque a política de saúde se encontra em um longo e intenso processo de contrarreforma que historicamente objetiva se distanciar do emprego da saúde tanto em seu conceito ampliado, como em sua concepção de direito.

Feito este caminho, discute-se sobre as configurações da notificação compulsória de violência, tendo como base a Portaria nº 204/2016. À vista disso, na medida em que se destaca a notificação como um instrumento estratégico no enfrentamento à violência contra a mulher, destaca-se também que este não é suficientemente conhecido e implementado. Apesar da potencialidade em dimensionar/visibilizar a violência contra a mulher e, portanto, possibilitar, assim como foi afirmado neste trabalho, o desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas; o seu processo de concretização é atravessado por intensas contradições.

Ou seja, no decorrer do trabalho foi possível visualizar, por exemplo, que embora a violência seja mundialmente reconhecida como um problema de saúde pública e que o próprio instrutivo do Ministério da Saúde defina casos que envolvam violência como agravos de saúde, há uma constante dissociação desta enquanto uma problemática a ser atendida, em seu sentido mais amplo, pela área da saúde e, principalmente, de ser uma questão a ser notificada e visibilizada.

Contradições outras podem ser apreendidas quando a notificação se caracteriza como obrigatória para todo e qualquer profissional de saúde que primeiro atender e, assim, tiver conhecimento ou suspeição da ocorrência de violência, e há estudos apontando que há médicos que desconhecem a existência da ficha de notificação, assim como, estudos que indicam o/a profissional de enfermagem como a categoria que majoritariamente ou exclusivamente preenchem tais fichas.

Ademais, o preenchimento não adequado dos dados, somado a ocorrência dos casos subnotificados, esbarra diretamente no objetivo que a notificação possui em visibilizar o fenômeno e subsidiar políticas públicas. Essas questões, associadas a estigmas sociais e, principalmente, a falta de conhecimento acerca das relações de gênero e suas determinações na ocorrência de casos de violência contra a mulher acabam, direta ou indiretamente, repercutindo em como se estabelece o atendimento em saúde e a assistência à mulher que se encontram em situação de violência.

Dessa maneira, apesar dos ganhos conquistados na luta contra a violência contra a mulher e, portanto, as estratégias que podem ser utilizadas em unidades hospitalares que lidam também com os casos que envolvem violência, pode-se concluir, levando em consideração por exemplo uma das perguntas da pesquisa, que apesar da ficha de notificação ser uma estratégia incorporada na rotina de assistência à saúde da mulher vítima de violência, visto que, tem-se registros de sua realização; a mesma não pode ser considerada como uma estratégia amplamente e efetivamente incorporada dada todas as contradições e inflexões que a constitui.

Diante disso, apesar de se considerar toda a importância que o setor assume no atendimento em saúde à mulher em situação de violência, apesar de se compreender que o setor se constitui como um ponto estratégico, visto que, na maioria das vezes é a porta de entrada dessa mulher na rede de atendimento/enfrentamento. Destaca-se que os instrumentos e estratégias de combate que podem ser efetivamente utilizados nesses espaços são fortemente impactados pelos ataques que a política de saúde vem sofrendo, pelos desmontes políticos, econômicos e sociais que vêm ocorrendo nos últimos anos, isto é, pela hegemonia de ideais neoliberais das sucessivas contrarreformas.

Essas questões repercutem diretamente nos modos de se pensar saúde, nos modos que se estruturam os cursos de graduação na área da saúde, os modos que configuram os processos de trabalho nos espaços sócio-ocupacionais e, conseqüentemente, nos modos em que se estabelece a atuação profissional. Ou seja, são questões que desafiam e limitam o desempenho resolutivo do atendimento em saúde nos casos em que ocorrem violência contra a mulher. E, ousar dizer que, justamente por isso, atuam também como um chamamento para se debater a temática que, cabe ressaltar, está longe de se esgotar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUDELO, S. F., 1990. **La Violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región**. Boletín Epidemiológico de la OPS, 11: 01-07.

ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; MACHADO, Liliane dos Santos. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 47-60, 2014.

AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de; NOGUEIRA, Conceição. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 101-112, 2008.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em 20 jul. 2023.

_____. Presidente (2019-2022: Jair Bolsonaro). **Discurso presidencial**. Brasília, 1 janeiro.

_____. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=1>>. Acesso em: 12 jul. 2023.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): **Atlas da violência**. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>>. Acesso em 12 jul. 2023.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 27 jul. 2023.

_____. **Brasil chega à marca de 700 mil mortes por Covid-19**. Brasília: DF, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marca-de-700-mil-mortes-por-covid-19>>. Acesso em 03 ago. 2023.

_____. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso da violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em 08 ago. 2023.

_____. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos

serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em 08 ago. 2023.

_____. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm>. Acesso em 21 ago. 2023.

_____. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em 21 ago. 2023.

_____. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em 21 ago. 2023.

_____. **Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html>. Acesso em: 24 ago. 2023.

_____. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro.** Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13931.htm#:~:text=%E2%80%9CArt.,de%20sa%C3%BAde%20p%C3%BAblicos%20e%20privados.&text=%E2%80%9CNR%20>. Acesso em: 25 ago. 2023.

_____. **DATASUS:** Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Brasília: DF, 2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>>. Acesso em: 06 jul. 2023.

_____. **DATASUS:** Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Brasília: DF, 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>>. Acesso em: 30 ago. 2023.

_____. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contras-as-mulheres#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Enfrentamento.viol%C3%Aancia%2C%20conforme%20normas%20e%20instrumentos. Acesso em: 29 ago. 2023.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Decreto sobre o controle de armas é assinado pelo presidente Lula. **gov.br**. Disponível em: <<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/decreto-sobre-o-controle-de-armas-e-assinado-pelo-presidente-lula>>. Acesso em: 07 set. 2023.

BEDO, Larissa Cristina; LOURENÇO, Edvânia Ângela. **O processo de notificação da violência na política de saúde e as contribuições do serviço social para o debate**. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019.

BERNASKI, Jóice; SOCHODOLAK, Hélio. História da violência e sociedade brasileira. **Oficina do Historiador**, v. 11, n. 1, p. 43-60, 2018.

BERTONI, Estêvão. Qual o impacto da pandemia nos índices de criminalidade. **Nexo**, 2020. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/04/14/Qual-o-impacto-da-pandemia-nos-%C3%ADndices-de-criminalidade>>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

BRAVO, M. I. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: Fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

BRECHT, B. (2000). *Poemas 1913-1956*. São Paulo: SP. Editora 34.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Saúde é democracia, democracia é saúde**: Tese 2021-2022. Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2022/01/TESE-CEBES-2021-2022-SAUDE-E-DEMOCRACIA-DEMOCRACIA-E-SAUDE.pdf>>. Acesso em 27 jul. 2023.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Pela graça de Deus**: o “autoritarismo social” como origem e forma da violência no Brasil. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2021/06/01/pela-graca-de-deus-o-autoritarismo-social-como-origem-e-forma-da-violencia-no-brasil/>>. Acesso em: 08 jul. 2023.

CHAUÍ, Marilena de Souza. Uma ideologia perversa: explicações para a violência impedem que a violência real se torne compreensível. **Folha de São Paulo**, 1999. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fof/brasil500/dc_1_4.htm>. Acesso em: 08 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina - Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CRUZ, Nayara Mendes et al. Trajetórias atuais da gestão do SUS no enfrentamento à violência de gênero: uma revisão narrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 160-171, 2021.

Cultura do estupro: o que a miscigenação tem a ver com isso?. **Carta Capital**, 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/cultura-do-estupro-o-que-a-miscigenacao-o-tem-a-ver-com-isso/>>. Acesso em: 06 jul. 2023.

CUNHA, Bárbara. **Violência Contra a Mulher, Direito e Patriarcado**: perspectivas de combate a violência de gênero. XVI Jornada de Iniciação Científica de Direito, UFPR, Curitiba, p. 149-170, 2014. Disponível em: <<https://direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-B%C3%A1rbara-Cunha-classificado-em-7%C2%BA-lugar.pdf>>. Acesso em 03 jul. 2023.

DA SILVA, Everton Melo Melo; DE ARAÚJO BIZERRA, Fernando. A violência estatal como o modus operandi do estado no Brasil. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 57, p. 77-93, 2021.

DA SILVA, Kenya Costa Rodrigues. Violência contra mulher: percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-AVDLFXP>>. Acesso em: 15 set. 2023.

DALTOSO, Daniela. **A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

DE FREITAS, Giselle Lima *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 11, n. 2, 2009.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

DE LIMA, Joseane Barbosa. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das Organizações Sociais. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 88-101, 2018.

DE MATOS, Maurílio Castro. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p. 25-35, 2021.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1037-1050, 2009.

DO NASCIMENTO, Ana Amélia Dias Evangelista; RIBEIRO, Luziana Ramalho. **A violência contra as mulheres e o marco das políticas de enfrentamento no Brasil**. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019. Disponível em: <<https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1675/1635>>. Acesso em: 29 ago. 2023.

ESCORSIM, Silvana Maria. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. **Revista Katálysis**, v. 17, p. 235-241, 2014.

FARIAS, Lara Lisboa. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. **Argumentum**, v. 11, n. 3, p. 47-66, 2019.

FERREIRA, Helder *et al.* **Elucidando a Prevalência de Estupro no Brasil a Partir de Diferentes Bases de Dados**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11814/1/Publicacao_preliminar_TD_Elucidando_a_prevalencia_de_estupro.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2023.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1879-1890, 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

KISS, Lúcia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1943-1952, 2011.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado**. História da opressão das mulheres pelos homens. São Paulo: Cultrix, 2019.

LISBOA, Teresa Kleba; PINHEIRO, Eliane Aparecida. A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. **Revista Katálysis**, v. 8, n. 2, p. 199-210, 2005.

MARCONDES FILHO, C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 20-27, 2001.

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.

_____, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Editora Fiocruz, 2006.

_____, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

_____, Maria Cecilia de Souza *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2007-2016, 2018.

MIRANDA, Milma Pires de Melo; PAULA, Cristiane Silvestre de; BORDIN, Isabel Altenfelder. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 27, n. 4, p. 300-308, 2010.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; MELO, Mariana. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, v. 32, 2023.

NARVAI, Paulo Capel. **SUS**: uma reforma revolucionária. Autêntica Editora, 2022.

NETTO, Leônidas de Albuquerque et al. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta paulista de enfermagem**, v. 27, p. 458-464, 2014.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 376-382, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; KRUG, Etienne G. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

PEREIRA, Júlia. Bolsonaro cortou 90% da verba para enfrentamento à violência contra a mulher. **Rede Brasil Atual**, 2022. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/bolsonaro-cortou-90-verba-combate-violencia-contramulher/>>. Acesso em: 12 jul. 2023.

PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 13, p. 1019-1027, 2006.

QUEIROZ, Vitória. 2 anos de covid: Relembre 30 frases de Bolsonaro sobre pandemia. **Poder 360**, 2022. Disponível em:<<https://www.poder360.com.br/coronavirus/2-anos-de-covid-relembre-30-frases-de-bolsonaro-sobre-pandemia/>>. Acesso em: 3 ago. 2023.

‘Radis’ recorda mobilização para construção do SUS. **Fiocruz**, 2022. Disponível em:<<https://portal.fiocruz.br/noticia/radis-recorda-mobilizacao-para-construcao-do-sus>>. Acesso em: 30 jul. 2023.

RAMOS, Guilherme Antunes. Bolsonarismo, conservadorismo e direitos humanos: analisando o papel da ideologia política como condicionante ao pleno exercício dos direitos humanos no Brasil contemporâneo| Bolsonarism, conservatism and human rights: analyzing the role of political ideology as a restriction to the full exercise of human rights in contemporary Brazil. **Mural Internacional**, v. 11, p. 48071, 2020.

RODRIGUES, Vanda Palmarella *et al.* Prática de trabalhadora (e) s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 735-743, 2014.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALIBA, Orlando *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 472-477, 2007.

SANTOS, José Vicente Tavares dos. **Microfísica da violência, uma questão social mundial**. **Ciência e cultura**, v. 54, n. 1, p. 22-24, 2002.

SANTOS, Rosenverck Estrela. **O marxismo e a questão racial no Brasil: Reflexões introdutórias**. **Lutas sociais**. São Paulo, V.19, n.34, p.100-113, jan/jun-2015. Disponível em:<<https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/25760>>. Acesso em: 09 jul. 2023.

SANTOS, Érika da Rosa dos. **Atuações dos profissionais de saúde diante da violência contra a mulher no Brasil: revisão integrativa**. 2016.

SANTOS, Caroline Barreto Almeida. Os profissionais de saúde mediante ao atendimento a mulher vítima de violência sexual e os fatores interferentes: uma revisão integrativa. Disponível em:<<https://app.uff.br/riuff/handle/1/29037>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 3, p. 13-26, 1999.

SOARES, Antonio Mateus. Violência como fenômeno intrínseco à cultura política brasileira. **Revista Sinais**, v. 2, n. 18, 2015.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 24-32, 2018.

SOUSA, Maria Helena de et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 94-107, 2015

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.

TEIXEIRA, Tainá. **Violência contra as mulheres como problema de saúde pública: desafios e perspectivas**. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498418638_AR_QUIVO_ArtigoFazendoGenero-VersaoFinal.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2023.

VELOSO, Milene Maria Xavier *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1263-1272, 2013.

VICENTE, Luciana de Moraes; VIEIRA, Elisabeth Meloni. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 01, p. 63-71, 2009.

Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 2022. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/12/violencia-contra-meninas-mulheres-2022-1sem.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2023.

Visível e invisível: A vitimação de mulheres no Brasil. **Fórum de Segurança Pública no Brasil**, 2023. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2023.