



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

ANA KARLA DE FREITAS PEDROSA LEMOS

**O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO BRASIL E A  
ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO SAÚDE.**

RECIFE  
2025

ANA KARLA DE FREITAS PEDROSA LEMOS

**O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO BRASIL E A  
ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO SAÚDE.**

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

Orientador (a): Profa. Dra. Tatiane Michele Melo de Lima

Recife

2025

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

Lemos, Ana Karla de Freitas Pedrosa.

O fenômeno da violência contra mulheres no Brasil e a atuação do Serviço Social no campo da Saúde. / Ana Karla de Freitas Pedrosa Lemos. - Recife, 2025.

69 : il.

Orientador(a): Tatiane Michele Melo de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Violência contra mulheres. 2. Serviço Social. 3. Saúde. I. Lima, Tatiane Michele Melo de . (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

ANA KARLA DE FREITAS PEDROSA LEMOS

**O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO BRASIL E A  
ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO SAÚDE.**

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

Aprovado em: 15 de março de 2025

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiane Michele Melo de Lima (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Delaine Cavalcanti Santana de Melo. (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por todos os seus benefícios em minha vida e por me conceder inteligência para concluir a graduação. Sou agradecida por estar comigo em todos os momentos, sejam eles tristes ou alegres, principalmente nos momentos em que pensei em desistir, Ele me fez seguir em frente.

Agradeço a paiinho Genival Pedrosa (*in memorian*) e a mainha Ana Maria Pereira de Freitas, por ter me dado à vida e todo o apoio (mesmo que do seu jeitinho, todo sem jeito). Reconheço que sem o seu apoio não conseguiria ter chegado até aqui. Te amo, mainha!

Aos meus irmãos e irmãs, que em dado momento de suas vidas se sacrificaram por mim de forma direta ou indireta, mesmo parecendo algo impossível conseguimos essa vitória que não é somente minha, mas nossa.

Ao meu esposo Wildson Lemos da Silva, por sempre acreditar em mim mesmo quando eu mesma não acreditava, desde os enem's da vida, até a Universidade Federal de Pernambuco. Não sei o que seria da minha vida sem você! Obrigada por tudo! Pelas noites em claro para me ajudar e revisar os trabalhos e provas que tive dificuldade. Por me consolar quando tirei minha primeira nota baixa, achei que tudo acabaria ali kkkkk. Te amo muito, vida!

Aos meus sobrinhos e sobrinhas, que também serviram de encorajamento para mostra-los que a Universidade Federal de Pernambuco é possível para eles também, assim como foi pra mim. Espero que vocês possam seguir meu exemplo e persistir mesmo nas adversidades.

Agradeço também as minhas amigas da faculdade que tornaram essa barra pesada que foi a vida acadêmica muito mais leve, em especial, Luiza Duarte, Cleyciane Silva, Francyni Marilívia, Suelayne Nascimento e Grazielly Hellen. Passamos por muitas coisas juntas e isso me ensinou bastante, obrigada por tudo!

Por fim, quero agradecer à professora orientadora Tatiane Melo por todo conhecimento, paciência e disponibilização para que esse trabalho fosse concluído. Tenho muita admiração pela mulher forte que és não poderia ter

escolhido melhor orientadora para esse momento tão desafiador. Gratidão por tudo!

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como objetivo geral Apresentar o fenômeno da violência contra mulheres e a atuação do Serviço Social no campo da saúde. Os objetivos específicos foram definidos da seguinte forma: apresentar o fenômeno da violência contra as mulheres no Brasil e em particular em Pernambuco; indicar os avanços do Brasil em relação à legislação de proteção às mulheres e políticas no âmbito da saúde; e refletir a partir de casos concretos do campo de estágio sobre o atendimento do Serviço Social às mulheres vítimas de violência no campo da Saúde. A pesquisa bibliográfica teve como corpus: artigos, livros e relatórios. A violência contra as mulheres é uma maneira de violação dos direitos humanos, ao interferir no direito à vida, a saúde e a integridade física. Destaca-se entre elas, a Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, a qual foi sancionada em 07 de agosto de 2006, sendo um marco importantíssimo para o enfrentamento da violência doméstica, em que está estruturada com uma rede integral e multiprofissional, atravessando práticas do Estado e dos municípios. Identificou-se através da intervenção das assistentes sociais nos casos analisados a busca pelo princípio do SUS, sendo um destes a integralidade e a importância da intersetorialidade presente no atendimento dos casos.

**Palavras-chave:** Violência contra Mulher; Serviço Social; Interseccionalidade; Políticas públicas; Integralidade.

## **ABSTRACT**

The general objective of this Final Course Work (TCC) was to present the phenomenon of violence against women and the role of Social Services in the health field. The specific objectives were defined as follows: to present the phenomenon of violence against women in Brazil and in Pernambuco in particular; to indicate the advances made in Brazil in relation to legislation protecting women and policies in the health field; and to reflect, based on case studies, on the care provided by Social Services to women who are victims of violence in the health field. The bibliographic research was based on articles, books and reports. Violence against women is a form of violation of human rights, as it interferes with the right to life, health and physical integrity. Among these, the Maria da Penha Law, Law No. 11,340, stands out, which was sanctioned on August 7, 2006, and is a very important milestone in confronting domestic violence, which is structured with a comprehensive and multidisciplinary network, crossing practices of the State and municipalities. Through the intervention of social workers in the cases analyzed, the search for the SUS principle was identified, one of which was the integrality and importance of intersectorality present in the care of the cases.

**Keywords:** Violence against Women; Social Service; Intersectionality; Public Policies; Comprehensiveness.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Eventos de violência contra mulheres	18
Figura 2–	Ciclo da violência	28
Figura 3 –	Repercussões na Saúde associadas à Violência contra as Mulheres	33

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública

HR - Hospital da Restauração

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNEVCM - Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres

SUS - Sistema Único de Saúde

UTQ - Unidade de Tratamento de Queimados

VDCM - violência doméstica contra a mulher

VCM - Violência Contra Mulheres

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. AS MÚLTIPLAS FACES DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	12
2.1. RETRATO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL .....	12
2.2. A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM PERNAMBUCO .....	18
2.3. GÊNERO, RAÇA E CLASSE SOCIAL NO CERNE DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER.....	20
2.4. CARACTERIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER A PARTIR DA LEI MARIA DA PENHA. 23	
3. OS AVANÇOS DO BRASIL EM RELAÇÃO À LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO ÀS MULHERES E POLÍTICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE. ....	29
3.1. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA. ....	29
3.2. SAÚDE INTEGRAL DA MULHER E POLÍTICAS DE PROTEÇÃO ÀS MULHERES .....	35
4. A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, A PARTIR DOS CASOS CONCRETOS DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	43
4.1. BREVE HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E O ATENDIMENTO DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO HR.....	44
4.2. CASOS CONCRETOS DO CAMPO DE ESTÁGIO: quatro relatos dos episódios de violência por queimaduras a partir dos instrumentais do Serviço Social .....	49
4.2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS FATOS .....	49
4.2.4. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL – PROCESSOS DE TRABALHO, DIMENSÕES E ENCAMINHAMENTOS.....	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
6. REFERÊNCIAS .....	63

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) resultou da luta dos movimentos sociais, sobretudo o Movimento de Reforma Sanitária, vasto movimento democrático, a partir da década de 1970, sugeria a transformação do setor da saúde por meio da democratização do Estado Brasileiro. Dessa forma, estarei destacando dentre os princípios subjacentes do SUS, a integralidade. Esse princípio compreende noções complementares como **à prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, sob o respaldo do conceito ampliado da saúde**. Foi na Conferência de Alma Ata, em que o conceito integralidade foi cunhado, **o qual não se restringe apenas a dimensão biológica da ausência de doenças, mas presume um estado de completo bem-estar biopsicossocial** (Declaração de Alma Ata, 1978, p.1), e leva em consideração os determinantes sociais como constituintes do processo saúde/doença.

Sob essa perspectiva, o Serviço Social na Saúde é uma área de atuação fundamental para a promoção da justiça social e o acesso universal aos serviços de saúde. Além disso, com a definição do conceito de saúde, já adotada em 1948 no relatório da VII Conferência Nacional de Saúde e o conceito foi ampliado, Segundo Jairnilson Paim resume o espírito da discussão em seu texto preparatório para a conferência:

“[...] promover saúde implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação, enquanto que respeitar o direito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços.”

Dessa forma, é válido ressaltar a importância da atuação dos/as assistentes sociais na saúde e principalmente no Hospital da Restauração (HR), o qual une tratamento especializado, capacidade tecnológica e alto custo. O/a Assistente Social vai entender na sua intervenção profissional as múltiplas expressões da Questão Social como objeto, tornando primordial o exercício profissional se baseando nas diretrizes do SUS: a universalidade do acesso, a integralidade, a participação deliberativa, a intersetorialidade, entre outras (CFESS, 2009).

De acordo com o Dicionário da educação profissional em saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), existem três princípios essenciais que orientam a organização da "atenção à saúde". São eles: o princípio da universalidade, que assegura o atendimento a toda a população brasileira; o princípio da integralidade, que compreende a assistência como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, tanto preventivos quanto curativos, destinados a indivíduos e coletividades (Brasil, 1990); e o princípio da equidade, que garante o atendimento de maneira igualitária, levando em consideração as diversas e desiguais condições socioeconômicas e sanitárias da população.

No que se refere à saúde da mulher em situação de violência e suas consequências, segundo, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), é que a violência cometida pelo parceiro e a violência sexual geram sérios problemas para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva seja ela em curto e em longo prazo não apenas para as sobreviventes, mais também para seus filhos, e ocasionam a altos custos econômicos e sociais. Dessa forma, se torna imprescindível que se deve levar em consideração o princípio da integralidade, ou seja, ir para além do trauma físico oriundo da violência.

A escolha do tema "O fenômeno da violência contra mulheres no Brasil e a atuação do Serviço Social no Campo da Saúde." está fundamentado nas observações levantadas no estágio supervisionado no Hospital da Restauração (HR). Dessa forma, a aproximação com a atuação das assistentes sociais às mulheres vítimas de violências gerou inquietações e questionamentos sobre essa temática.

Sob essa perspectiva, sabe-se que o objeto de trabalho do Serviço Social é a questão social, de acordo com a autora Marilda lamamoto (2013, p.62):

"É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, a luta pela terra, etc. Essas expressões da questão social são a matéria-prima ou o objeto do trabalho profissional."

Sendo assim, é de suma importância que os profissionais estejam presentes no debate sobre gênero para apreender as especificidades da mulher, para assim elaborar estratégias que acumulem forças na luta pelo acesso

universal aos direitos sociais, políticos e civis em uma ótica de autonomia e emancipação das mulheres. Conforme a autora Saffioti (2004), a criação das mulheres são para serem dóceis, de maneira oposta, a dos homens que são incitados a demonstrarem sua masculinidade por meio da agressão e força. Todavia, esses papéis construídos social e culturalmente não são questionados, o que naturaliza essas relações de poder.

A violência contra as mulheres é uma maneira de violação dos direitos humanos, ao interferir no direito à vida, a saúde e a integridade física. No decorrer dos anos o poder público, provocado pela força dos movimentos feministas, criou políticas que objetivam garantir os direitos humanos das mulheres, seja no ambiente familiar e doméstico, no intuito de resguardá-las de toda forma de violência, discriminação, negligência, exploração e opressão. Destaca-se entre elas, a Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, a qual foi sancionada em 07 de agosto de 2006, sendo um marco importantíssimo para o enfrentamento da violência doméstica, em que está estruturada com uma rede integral e multiprofissional, atravessando práticas do Estado e dos municípios. Dessa forma, compreende-se a importância do estudo desta temática por trazer reflexões sobre o cuidado integral na saúde das mulheres vítimas de violência e a importância da integralidade para o enfrentamento da violência contra mulheres.

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como objetivo geral *Apresentar o fenômeno da violência contra mulheres e a atuação do Serviço Social no campo da saúde*. Os objetivos específicos foram definidos da seguinte forma: *apresentar o fenômeno da violência contra as mulheres no Brasil e em particular em Pernambuco; indicar os avanços do Brasil em relação à legislação de proteção às mulheres e políticas no âmbito da saúde; e refletir sobre casos concretos do campo de estágio e o atendimento do Serviço Social às mulheres vítimas de violência no campo da Saúde*.

Metodologicamente, o presente TCC foi utilizado e fundamentado no método dialético marxista, levando em consideração as especificidades existentes do modo de produção capitalista. Por esse motivo, é necessário apreender a problemática versada dentro desse cenário, conhecendo a realidade e suas

múltiplas determinações, para assim ser possível a superação dos fenômenos aparentes (Netto, 2009). Assim, o Marxismo dialético enfatiza a historicidade da vida humana e dos processos sociais. Significando examinar de maneira crítica sobre o contexto histórico, as relações sociais de produção e dominação, as determinações socioeconômicas para além das contradições sociais (Netto, 2011).

Ademais, trata-se de uma pesquisa documental, sendo utilizadas as principais leis, decretos, políticas e documentos oficiais, no que se refere ao combate e enfrentamento a violência contra as mulheres. A título de exemplo, a Lei Maria da Penha, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), Lei do Minuto Seguinte, Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres (PNEVCM).

Para basear a discussão, foram utilizadas autoras como Saffioti, Teles e Melo, Carneiro, dentre outras. Com o intuito de discutir sobre as relações sociais desiguais de gênero, que conseqüentemente corroboram para a violência de gênero, a violência doméstica e suas manifestações. À vista disso, o estudo pretende apreender esses fenômenos em sua totalidade que possuem multifaces e são diversos.

A monografia está dividida em cinco capítulos, sendo o primeiro a introdução e o último as considerações finais. O segundo capítulo versa acerca das múltiplas faces da violência contra a mulher, com subseções sendo a primeira o retrato da violência contra a mulher no Brasil. Na segunda, um recorte da VCM no estado de Pernambuco; na terceira, gênero, raça e classe no cerne da VCM; e na quarta, a caracterização da VCM a partir da Lei Maria da Penha. O terceiro capítulo discute os avanços do Brasil em relação à legislação de proteção às mulheres e políticas no âmbito da saúde. Com duas subdivisões, a primeira com VCM como questão de saúde pública e a segunda com Saúde Integral da Mulher e políticas de proteção às mulheres. No quarto capítulo, debate sobre a atuação do/a assistente social no hospital da restauração nos casos de violência contra mulher, a partir dos casos concretos do campo de estágio.

## **2. AS MÚLTIPLAS FACES DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

O presente capítulo tem por objetivo apresentar elementos que caracterizam a violência contra às mulheres no Brasil, e, em particular, no estado de Pernambuco. Posteriormente, se direciona a discutir os marcadores de gênero, raça e classe social, que relacionados ao sistema patriarcal e capitalista são elementos motivadores da violência contra a mulher. Por fim, discutiremos o fenômeno da violência com base na caracterização da Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha, as quais são: violência psicológica, moral, física, sexual e patrimonial, praticadas contra as mulheres.

### **2.1. RETRATO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL**

Antes de iniciar na temática sobre violência contra a mulher, se faz necessário abordarmos sobre como foram se construindo as relações de gênero e raça no Brasil e, baseado nisso, compreender qual local é atribuído às mulheres. Associando essa questão às relações existentes com o capitalismo e o patriarcado, em virtude de satisfazer os seus interesses, são importantes para o despertar da violência contra a mulher.

Conforme a autora Heleieth Saffioti em sua obra “Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade” (2004), a violência contra a mulher é entendida, também, como resultado de uma construção social que determina espaços de poder, em que as mulheres são oprimidas enquanto os homens ocupam posições privilegiadas. Para as autoras Maria Amélia A. Teles e Monica Melo (2003), o entendimento sobre a violência de gênero necessita ser entendida como uma relação de poder, primordialmente, da dominação dos homens e da submissão das mulheres. Dessa forma, esse entendimento apresenta que:

“Os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas. Ou seja, não é a natureza a responsável pelos padrões e limites sociais que determinam comportamentos agressivos aos homens e dóceis e submissos às mulheres. Os costumes, a educação e os meios de comunicação tratam de criar e preservar estereótipos que reforçam a ideia de que o sexo masculino tem o poder de controlar os desejos, as

opiniões e a liberdade de ir e vir das mulheres (TELES; MELO, 2012, p. 18).

Tradicionalmente vive-se numa sociedade patriarcal, em que se restringe ao homem o poder econômico e político, assim estabelecida como aquela em que existe sobreposição de poder do homem em relação à mulher. Dessa forma, origina-se a violência contra a mulher embasada no gênero, isto é, na construção do papel social da mulher na sociedade, o qual é de submissão ao homem. Desta maneira, apreende-se aqui o termo 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 polos de dominação e submissão” (Cunha, 2014, p. 150).

Sendo assim, a violência doméstica contra a mulher (VDCM) é um fenômeno antigo que tem se tornado mais conhecido devido à frequência e à gravidade dos casos. Esse tipo de violência contra a mulher é amplamente distribuído socialmente em todo o mundo, sendo considerado uma violência universal e praticada por parceiros ou pessoas próximas às mulheres. De acordo com a pesquisa do DATAFOLHA de 2023, aproximadamente 30% das mulheres sofrem violência por parte do parceiro íntimo.

Como resultado, é perceptível que o Modo de Produção Capitalista, desde os seus primórdios, se associa ao sistema patriarcal, uma vez que, as desigualdades pertencem a este modo de sociabilidade e modo de produção e, por consequência, o complicado processo de exploração-dominação e seus desenvolvimentos. Em consideração a isso, entende-se que os dois sistemas supracitados se interligam e se sustentam, como afirma a autora Saffioti (2015, p.138) “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”.

Ao se tratar das conquistas dos direitos das mulheres no Brasil, percebe-se que são muito recentes, o que de certa forma é reflexo das relações de gênero que resulta na naturalização da violência contra as mulheres. Sob essa perspectiva, pode-se afirmar que essa demora de alguma forma contribuiu e ainda contribui para que as mulheres sejam vítimas dessa violência, o que também tem

como fatores que corroboram para o seu agravamento é a desigualdade de gênero e o racismo tão presentes na sociedade brasileira.

Ressaltando como já foi dito, que ao longo dos anos de violência foram criados vários dispositivos, normativas e políticas com o intuito de eliminar essa problemática no Brasil. Todavia, atualmente no país, o aumento de casos de violência contra as mulheres cresceu em 2023 em comparação ao ano de 2022, confirmando essa violação de direitos cotidianamente. Nesse sentido, é de extrema importância enfatizar que, os indicadores de violência contra mulheres são assustadores, e apesar disso, milhares de vítimas são afetadas com essa questão.

De acordo com o 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2024), no Brasil, a casa é o lugar menos seguro para a mulher, isso porque 64,3% dos feminicídios ocorreram dentro de casa. Levando em consideração esse dado de registro policial, contribui a ilustrar que, apesar de que o ódio ao gênero possa estar presente na violência letal contra mulheres seja no cenário doméstico como no cenário urbano, na prática, uma morte tem o hábito de ser percebida e classificada como feminicídio quando ocorre no âmbito doméstico.

Esses indicadores consideram apenas a violência física e não outros tipos, e se considerarmos os casos de subnotificação esses indicadores se tornam insuficientes, tendo em vista que em muitos casos as vítimas não reconhecem a situação de violência, levando-as a não buscarem por ajuda. Isso em razão da existência de várias questões e determinadores que socialmente foram construídos, os quais corroboram para que essa violência contra as mulheres se perpetue e continue dificultando o processo de busca por ajuda e como consequência a denúncia do agressor. Além disso, ainda consoante o documento citado anteriormente, no Brasil, a violência contra mulher está presente no cotidiano dos brasileiros, como mostra os indicadores apurados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública no ano de 2022.

Sendo assim, apontam que 699 mulheres foram vítimas de feminicídio, apenas no primeiro semestre de 2022, sendo em média 4 mulheres mortas por dia (Fórum, 2022). O perfil étnico racial dessas vítimas aponta a prevalência de

mulheres pretas e pardas, sendo 62% negras, 37,5% brancas, 0,3 amarelas e 0,2 indígenas. Isso é reflexo da condição que as mulheres ocupam na sociedade brasileira de subalternidade e de mais vulneráveis em relação ao gênero, levando em consideração a raça, se torna perceptível que o racismo faz com que as mulheres negras e pardas sejam mais atingidas do que as brancas.

As informações são da terceira edição da pesquisa realizada pelo **Fórum Brasileiro de Segurança Pública, "Visível e invisível" sobre a vitimização de mulheres ocorrida em 2022**. Os dados demonstram um aumento significativo em relação aos anos anteriores. Em 2022, 50.962 mulheres foram violentadas diariamente, o que equivale a um estádio lotado. Esse aumento drástico da violência contra a mulher foi devido à pandemia da COVID 19, visto que houve o isolamento social visando minimizar a proliferação do novo vírus, obrigando a vítima a conviver 24h na presença do agressor. Apesar de essas medidas serem extremamente importantes e necessárias, o isolamento domiciliar pode ter como consequência colateral consequências perversas para as milhares de mulheres brasileiras que sofrem violência doméstica, uma vez que elas não apenas têm que permanecer em casa com seus agressores, como também enfrentam dificuldades para acessar as redes de proteção às mulheres e os canais de denúncia (FBSP, 2020).

No ano de 2023, os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública mostram um aumento de 9,8% em relação a 2022, com 258.941 mulheres sendo vítimas de violência doméstica. Esses dados comprovam que mesmo com as leis criadas para proteger as mulheres, os homens ainda se sentem dominadores das mulheres a ponto de enxergá-las como objetos de satisfazer seus caprichos e desejos. Essa legitimação do homem para a mulher é perceptível nos dados em que aumentou para 16,5% o número de mulheres que sofreram ameaças: o que equivale a 778.921 de mulheres vivenciando essa situação e procuraram a polícia para denunciar. O documento supramencionado, também mostra o aumento em outras violências, como a violência psicológica de 33,8%, resultando em 38.507 vítimas.

Conforme a quarta edição da pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil” traz dados do ano de 2023, sobre a violência contra a mulher em relação à raça/cor as mulheres negras (45%) mostram predominância de vitimização do que as brancas com (36,9%), todavia ao se comparar entre as mulheres pretas (48%) e das pardas com (43,8%) indica que as pretas são as mais vulnerabilizadas.

Em diversas edições dos Anuários e Atlas da violência já publicadas pela Fundação Brasileira de Segurança Pública, apontam que o perfil étnico racial tem uma maior predominância de violência entre as negras (29,9%) do que entre brancas (26,3%). Sendo assim, as mulheres negras retratam níveis de vitimização mais superior do que as brancas nos episódios de violência física severa, envolvendo espaçamento (negras com 6,3% e brancas com 3,6%) e envolvendo arma de fogo e faca (negras com 6,2% e brancas com 3,8%). As barreiras criadas pelo racismo e pela pobreza fazem com que mulheres negras sofram diversas violências e estresses, além de maior exposição à violência e problemas socioeconômicos.

Levando em consideração esses índices das pesquisas acerca da violência contra as mulheres sinaliza uma “vertente” específica e velada, o racismo, e indicam com urgência a necessidade de estudos específicos para as mulheres negras, visto que, apesar de esta ser predominantemente violentada, socialmente é invisível. Além da violência de gênero, este grupo de mulheres é duplamente mais afetado pelas estatísticas de violência. A violência contra as mulheres negras sempre foi maior do que a das mulheres não negras. Esses dados revelaram que a violência doméstica contra mulheres, particularmente em relação às mulheres negras, expressa a desigualdade de poder entre homens e mulheres, fruto da cultura do machismo. (CARNEIRO, 2003).

Nessa lógica, o racismo e a pobreza constroem barreiras, fazendo com que mulheres negras vivenciem no seu cotidiano múltiplas formas violências pela objetificação de estereótipos, expondo-as a maiores sofrimentos de violência e problemas socioeconômicos. O patriarcado continua presente na sociedade, mas

também está ligado às opressões de raça, classe social, identidade de gênero e outras discriminações e intolerâncias.

Outra forma de violência contra as mulheres é o crime de perseguição, também conhecido como "stalking", foi outro tipo de violência contra a mulher que aumentou em 2023. No último ano, foi 77.083 registros, um aumento de 34,5%. De acordo com Samira Bueno, diretora-executiva do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), esse tipo de crime pode contribuir para outras violências, como o feminicídio. Conforme o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH), o Brasil ocupa atualmente o 5º lugar no ranking mundial de feminicídio. Em 2022, conforme o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), cerca de 3.913 mulheres foram mortas no país, sendo 1.350 vítimas de feminicídio, ou seja, de assassinatos cometidos em razão da condição de gênero feminino. Ao considerar o perfil racial das vítimas, a maioria (61,8%) eram negras.

Para as autoras Teles e Melo (2003), essas violências praticadas pelos homens é uma maneira de discriminar e violar os direitos humanos das mulheres, impactando sua condição de cidadã, pelo simples fato de seu sexo-gênero, ao qual pertence:

A violência é uma das formas mais graves formas de discriminação em razão de sexo/gênero. Constitui violação dos direitos humanos e das liberdades essenciais, atingindo a cidadania das mulheres, impedindo-as de tomar decisões de maneira autônoma e livre, de ir e vir, de expressar opiniões e desejos, de viver em paz em suas comunidades; direitos inalienáveis do ser humano. É uma forma de tortura que, embora não seja praticada diretamente por agentes do Estado, é reconhecida como violação dos direitos humanos desde a Conferência Mundial de Direitos Humanos realizada em Viena (Áustria) em 1993, isto porque cabe ao Estado garantir segurança pública, [...], para a população feminina (TELES; MELO, 2003, p. 21)

Portanto, é incontestável que as mulheres têm seus corpos e vidas apropriados pelos homens através da dominação, se dando de diversas formas, seja ela de maneira visível ou não, deixando-as em uma condição de vulnerabilidade. Como dito pela autora Blay (2008, p. 217):

A vida cotidiana é permanentemente atravessada pela violência. Poderíamos apontar fatores que favorecem o crime, tais como: os problemas econômicos, a ausência de serviços mínimos de saúde física e mental que deveriam ser providenciados pelo Estado e, sobretudo, o machismo cultural que considera a mulher uma propriedade do homem.

Tudo junto provoca no cidadão e na cidadã o sentimento de que está abandonado e que se quiser justiça deve fazê-la com as próprias mãos.

De acordo com Blay (2008), certos sentimentos extremamente tóxicos e descontrolados, como ciúmes, dominação e relações de poder, mascarados de amor, tentam justificar esses comportamentos, sempre resultantes das diversas formas de violência que envolve as relações sociais de gênero, aprendida e reproduzida na sociedade brasileira, em todas as classes sociais, em todos os grupos étnicos e geracionais, em que os alvos constantes são as mulheres.

Em seguimento, será abordado sobre a violência contra a mulher no estado de Pernambuco.

## 2.2. A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM PERNAMBUCO

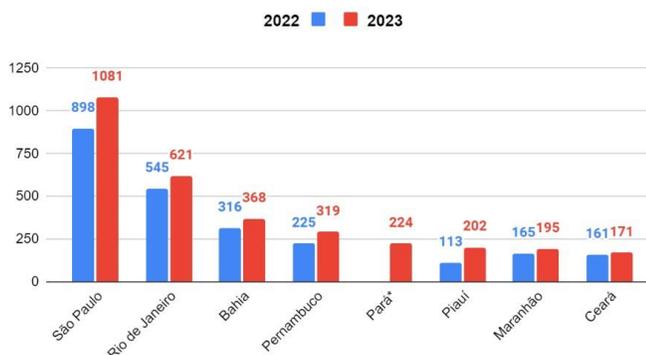
As diversas expressões da violência de gênero contra as mulheres se apresentam por todo o país cotidianamente, resultando em dados alarmantes e assustadores como visto anteriormente. Neste momento será feito um recorte da violência contra a mulher no estado de Pernambuco.

Segundo o balanço realizado pela Secretaria de Defesa Social (SDS), no ano de 2022 houve um aumento e 5,7% nos episódios e violência doméstica contra a mulher no estado de Pernambuco. Ocorreram 43.553 denúncias desse tipo de violência; o que corresponde a quase 120 agressões por dia. Em relação ao crime de feminicídio, em 2022, foram assinadas 72 mulheres devido à condição de gênero; ou seis mulheres a cada mês. Esse número é menor ao ano de 2021, com 87 mulheres vítimas de feminicídio no estado.

Segundo o relatório Segundo o relatório da Rede de Observatórios da Segurança “**Elas Vivem: liberdade de ser e viver**”, 92 mulheres foram vítimas de feminicídio em Pernambuco no ano de 2023. Levando em consideração, os estados monitorados pela Rede para o relatório, o estado de Pernambuco é o que tem o maior número de casos de feminicídio no Nordeste. A totalidade é de oito estados: Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Piauí, Pará, Rio de Janeiro e São Paulo. O resultado do ano passado foi 55,9% maior que o de 2022, quando 59 mulheres morreram em Pernambuco por serem mulheres.

**Figura 1:** Eventos de violência contra mulheres

### Eventos de violência contra mulheres - 2022 x 2023



Fonte: Rede de Observatórios da Segurança  
\*O estado não integrava a Rede de Observatórios da Segurança em 2022

Conforme o relatório supramencionado, nos oito estados fiscalizados, no mínimo oito mulheres foram vítimas de violência a cada 24 horas. Os índices monitorados registraram, no total, 3.181 episódios de violência em 2023, um aumento de 22% em relação ao ano de 2022. Desses acontecimentos, 586 foram feminicídios, totalizando 72,7% dos feminicídios foram praticados por companheiros e ex-companheiros. Foi apontado pela Rede, que nos registros foram constatadas escassas informações no quesito raça/cor das vítimas, tendo em vista que 71,7% das vítimas não obtiveram informações raciais nos registros oficiais.

Em continuidade, consoante o relatório supracitado, do total de 92 casos em Pernambuco em 2023, 62 foram cometidos por parceiros ou ex-parceiros pelo fato de não aceitarem o fim do relacionamento, demonstrando o sentimento de posse e machismo. À vista disso, infelizmente, é nítido que a naturalização da violência contra a mulher é resultado do sistema patriarcal que sustenta e naturaliza a desigualdade de gênero, colocando o homem como dominador da mulher em diversas instituições, sejam elas econômicas, políticas, familiar ou sociais. Dessa forma, é notável que o estado de Pernambuco tem se mostrado uma cidade extremamente violenta quando se trata dos índices acerca da violência contra as mulheres.

Segundo os dados revelados no novo boletim *Elas Vivem: liberdade de ser e viver*, organizado e divulgado pela Rede de Observatórios de Segurança, no dia 7 de março de 2024. A cada 24 horas, ao menos oito mulheres foram vítimas de

violência em 2023 em oito dos nove estados monitorados, os quais são Bahia, Ceará, Maranhão, Pará, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro e São Paulo. Por sua vez, o fenômeno da violência contra a mulher perpassa todas as classes e segmentos sociais, e é no âmbito doméstico que acontece a maioria das situações de violência vivenciadas pelas mulheres. Certamente com maiores impactos sobre mulheres negras e empobrecidas. A seguir será abordado sobre a interseccionalidade presente na violência contra as mulheres considerando os elementos gênero, raça/etnia e classe social.

### **2.3. GÊNERO, RAÇA E CLASSE SOCIAL NO CERNE DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER.**

Na América Latina e no Brasil, o abuso colonial praticado pelos senhores brancos contra as mulheres indígenas e negras e a miscigenação desse momento resulta o início de todas as construções de nossa identidade nacional construindo o tão alardeado mito da democracia racial<sup>1</sup> latino-americana, chegou trazendo até os seus últimos efeitos no Brasil. Dessa forma, levando em consideração o contexto social de discriminação em que mulheres sofrem diversos tipos e violência, a autora Crenshaw (2002) enfatiza a importância da interseccionalidade de marcadores diferentes de desigualdade social como gênero, raça e classe social, dando evidência à variedade da discriminação sofrida pelas mulheres. “Onde os contornos específicos da discriminação de gênero não são bem compreendidos, as intervenções para tratar de abusos aos direitos humanos das mulheres serão provavelmente menos efetiva” (CRENSHAW, 2002, p. 174)

À vista disso, não se pode ignorar os elementos fundantes da socialização no Brasil, pautada na escravidão e estupro dos corpos femininos. Dito isto, é importante pontuar que não estamos negando que as mulheres brancas não sofriam violências, apesar disso que as mulheres negras, como aos demais indivíduos escravizados, não tinham direito nenhum, nem mesmo pela própria

---

<sup>1</sup> Democracia racial, a rigor, significa um sistema racial desprovido de qualquer barreira legal ou institucional para a igualdade racial, e, em certa medida, um sistema racial desprovido de qualquer manifestação de preconceito ou discriminação

vida, o qual implicou em uma desvantagem social muito grande em suas vidas, as quais sofrem uma subvalorização dupla: de gênero e de raça, consoante ao apontamento de Carneiro (2003, p. 119):

“Em face dessa dupla subvalorização, é válida a afirmação de que o racismo rebaixa o status dos gêneros. Ao fazê-lo, institui como primeiro degrau de equalização social a igualdade intragênero, tendo como parâmetros os padrões de realização social alcançados pelos gêneros racialmente dominantes. Por isso, para as mulheres negras atingirem os mesmos níveis de desigualdade existentes entre homens e mulheres brancos significaria experimentar uma extraordinária mobilidade social, uma vez que os homens negros, na maioria dos indicadores sociais, encontram-se abaixo das mulheres brancas.”

A partir disso, abordaremos a noção de interseccionalidade remete aos aspectos de desempoderamento e empoderamento, o qual o racismo, a opressão de classe e as relações patriarcais e outros pilares possíveis de discriminação e poder estabelecem as desigualdades. (Costa, 2013). Sendo assim, não podemos analisar a violência contra a mulher apenas no eixo de gênero e ignorando raça e classe. Sob essa perspectiva, o autor Costa (2013) afirma que:

“Esse conceito enfatiza que diferentes dimensões da vida social não podem ser separadas para oferecer explicações absolutas sobre os processos de poder e desigualdades. Ao contrário, chama nossa atenção para uma análise que articula os vários sistemas de diferenciação existentes nos específicos contextos locais.” (Costa, 2013, p. 475)

Dessa forma, para tentar compreender a realidade brasileira da violência contra a mulher e como se desenvolvem a opressão, dominação e discriminação, esse conceito se tornou um indispensável instrumento. Faz-se necessário destacar que, em Gênero, patriarcado, violência, Heleith Saffioti faz uso do termo gênero de forma crítica, associando-o que as questões de classe e patriarcado estão intrinsecamente ligadas, sendo o modo hodierno como as representações e relações dos sexos se organizam nas palavras da autora: “Tratar esta realidade exclusivamente em termos de gênero distrai a atenção do poder do patriarca [...] ‘neutralizando’ a exploração dominação masculina” (SAFFIOTI, 2015, p. 136). Em outra produção o NÓ de saffioti, “Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento” (2000) a autora afirma que:

“A sociedade não comporta uma única contradição. Há três fundamentais, que devem ser consideradas: a de gênero, a de raça/etnia

e a de classe. Com efeito, ao longo da história do patriarcado, este foi se fundindo com o racismo e, posteriormente, com o capitalismo, regime no qual desabrocharam, na sua plenitude, as classes sociais". (SAFFIOTI, 2000, p. 73).

Para a autora, gênero, classe e raça/etnia são três relações que compõem o capitalismo vigente. Estes três submodelos (Saffioti, 2004) agem de maneira interligada e solidificada em um nó que enriquece as contradições sociais presentes. "De acordo com as circunstâncias históricas, cada uma das contradições integrantes do nó adquire relevos distintos" (Saffioti, 2004) a qual caracteriza o novo patriarcado-racismo-capitalismo (Saffioti, 1987).

Iniciando do entendimento de que o gênero, as classes sociais e a raça/etnia formam alicerces estruturantes da sociedade (2004); Saffioti declara que:

"Estas contradições, tomadas isoladamente, apresentam características distintas daquelas que se pode detectar no nó que formaram ao longo da história (Saffioti, 1997b). Este contém uma condensação, uma exacerbação, uma potenciação de contradições. Como tal, merece e exige tratamento específico, mesmo porque é no nó que atuam, de forma imbricada, cada uma das contradições mencionadas. Além disso, esta concepção é extremamente importante para se entender o sujeito múltiplo (Lauretis, 1987) e a motilidade entre suas facetas. Efetivamente, o sujeito, constituído em gênero, classe e raça/etnia, não apresenta homogeneidade. Dependendo das condições históricas vivenciadas, uma destas faces estará proeminente, enquanto as demais, ainda que vivas, colocam-se à sombra da primeira. Em outras circunstâncias, será uma outra faceta a tornar-se dominante. Esta mobilidade do sujeito múltiplo acompanha a instabilidade dos processos sociais, sempre em ebulição". (SAFFIOTI 2004, p.83).

Em todos os âmbitos da vida social são atravessadas por estas relações estruturais, de maneira que, os indivíduos, que são, simultaneamente, formados de gênero, classe e raça, se associam com as circunstâncias sociais do momento em que vivem. Dessa forma, em cada cenário, um lado sendo mais apertado que o outro, este "nó" ao mesmo tempo em que se transforma e se movimenta, estrutura e reproduz as relações sociais.

Gênero, raça e classe social possuem diferentes dinâmicas que, ao se relacionarem no decorrer da história, mutuamente se transformam, gerando um funcionamento especial próprio do nó. O obstáculo de analisar estas relações consiste no fato de que o "nó" é consequência de uma "uma lógica contraditória,

distinta das que regem cada contradição em separado” (Saffioti, 2004). Nessa perspectiva, a respeito da relação entre gênero, classe e raça, a autora declara:

“(…) as classes sociais têm uma história muito mais curta que o gênero. Desta forma, as classes sociais são, desde sua gênese, um fenômeno gerado. Por sua vez, uma série de transformações no gênero são introduzidas pela emergência das classes. Para amarrar melhor esta questão, precisa-se juntar o racismo. O nó (Saffioti, 1985, 1996) formado por estas três contradições apresenta uma qualidade distinta das determinações que o integram. Não se trata de somar racismo + gênero + classe social, mas de perceber a realidade compósita e nova que resulta desta fusão. (SAFFIOTI 2004, p. 122).

Dessa maneira, ao se conectarem, modificam qualitativamente seus atributos anteriores, de modo que uma análise que isole cada contradição social não é capaz de apreender a profundidade do que é criado a partir da interação. Com o avanço do capitalismo em escala global, ocorreu a mercantilização de todas as relações sociais, abrangendo também aqueles referentes às diferenças de gênero, as quais se tornaram componentes essenciais desse sistema social dominante. “Da mesma forma, a raça/etnia, com tudo que implica em termos de discriminação e, por conseguinte, estrutura de poder, imprimiu sua marca no corpo social por inteiro”. (Saffioti, 2004).

#### **2.4. CARACTERIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER A PARTIR DA LEI MARIA DA PENHA.**

Durante muito tempo, a violência contra as mulheres foi considerada natural e tratada apenas no âmbito privado, quem nunca ouviu o ditado popular "em briga de marido e mulher, não se mete a colher" era a única resposta possível para milhões de mulheres que sofriam com a violência. A autora Saffioti analisa a responsabilidade do Estado no que diz respeito à prevenção e ao enfrentamento da violência, uma vez que conceitua que este:

“[...] tem ratificado um ordenamento social de gênero através de um conjunto de leis que se pretendem objetivas e neutras, porque partem da errônea premissa de que a desigualdade de fato entre homens e mulheres não existe na sociedade” (SAFFIOTI, 1994, p.445).

A violência contra as mulheres está intimamente relacionada às relações de gênero e às relações étnico-raciais alicerçadas no machismo, no sexismo e no

racismo. Que promovam condições de vida, trabalho e acesso desiguais para mulheres e, principalmente, das mulheres negras.

O protagonismo do Movimento Feminista ocorreu na década de 1980, conseguindo trazer visibilidade aos diversos episódios de violência e assassinatos, em que os agressores permaneciam impunes, sob a argumentação de tê-las matado em nome da honra. Perante o exposto, as feministas tomaram as ruas para denunciar esses atos, solicitando do poder público políticas de combate e prevenção ao problema, a partir do momento em que o Estado brasileiro apresentou as primeiras formas de enfrentamento, como a primeira Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher, criada em 1985, no estado de São Paulo, entre outras iniciativas nessa área. Todavia, não havia uma legislação específica para o tratamento da violência de gênero contra a mulher.

Nesse aspecto de envolvimento nos motivos contra a violência, a autora Jonas (2007, p. 296) explica que:

“nesse sentido, a garantia e manutenção das conquistas legais das mulheres na vida cotidiana tem sido objeto de luta política. É importante resgatar aqui o que foi reafirmado nas várias convenções e ações, na década de 1990, indicando a eliminação das desigualdades e das discriminações contra mulheres mediante políticas a serem adotadas pelos diferentes governos.” (JONAS 2007, p. 296).

Então, para o Movimento Feminista, a participação popular tem um impacto direto no êxito e conquistas. É necessário o envolvimento de todos e um número significativo de simpatizantes nessa causa para despertar o comprometimento do poder público em criar políticas adequadas às demandas apresentadas. À vista disso, a autora supramencionada (2007, p. 297) enfatiza: “quanto mais ampla for a participação e o controle social, teremos a efetivação da democracia e a real assumência dos compromissos firmados pelo Estado”.

A luta do feminismo contra a violência, bem como sua atuação positiva na cobrança de leis que ajudem a defender a mulher quanto à violação de seus direitos, é uma resposta à omissão do Estado em criar mecanismos para coibir e

combater esse tipo de crime. Os esforços do Movimento Feminista tiveram um aumento bastante significativo com a promulgação da Constituição Federal de 1988. No entanto, até 2006, no Brasil, as mulheres não tinham uma legislação específica que combatesse a violência contra as mulheres.

Dessa forma, as feministas têm contribuído de forma incisiva para a criação de políticas voltadas à saúde e ao combate à violência, sendo de suma importância a contribuição delas para a criação da Lei Maria da Penha no 11.340/06. Essa lei criou mecanismos para coibir a violência doméstica contra a mulher, estabelecendo medidas para prevenir, auxiliar e proteger as mulheres vítimas de violência doméstica. A história de Maria da Penha Maia Fernandes, vítima de duas tentativas de homicídio por seu marido, em 1983<sup>2</sup>. A vítima ficou paraplégica devido aos crimes. Com o tempo, o Estado Brasileiro não incriminava o autor dos crimes.

Em 2001, o organismo internacional como o Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) denunciaram à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA e o Brasil foi condenado como um país negligente e omissor em relação à violência doméstica. Foram indicadas, dentre outras ações, a adoção de políticas públicas voltadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher; e a simplificação dos procedimentos judiciais penais, de modo a diminuir o tempo de processo. Em meio à negligência do Estado e da Justiça nos casos de violência contra a mulher, Maria da Penha Maia Fernandes dedicou-se a lutar pela intervenção no seu caso para que seu agressor fosse preso.

Sob essa perspectiva, a promulgação da Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, iniciou um marco histórico no percurso das legislações do país e das mulheres brasileiras. Isso

---

<sup>2</sup> Na primeira vez, em 29 de maio de 1983, seu parceiro simulou um assalto e desferiu um tiro contra Maria, deixando-a paraplégica. Dias depois, objetivando consumir seu intento homicida, tentou eletrocutá-la por meio de uma descarga elétrica, enquanto ela tomava banho. A história completa pode ser lida na obra publicada pela própria vítima, vide PENHA, 2012

demonstra que a violência familiar e doméstica contra a mulher ultrapassa as demarcações do espaço privado para configurar-se como uma questão de interesse estatal. Essa ferramenta legislativa, é fruto de décadas de lutas e militância pelos direitos das mulheres, não representa apenas um instrumento de proteção, mas também o compromisso do Estado afirmando na erradicação de todas as formas de violência de gênero. Oferecendo um arcabouço para a implementação de políticas públicas na prevenção, educação e reabilitação, como também punições mais severas para os agressores. (SANTOS, 2005).

Segundo a autora Adriana Ramos de Mello (2017), a implementação da Lei supracitada, possibilitou transformações significativas no âmbito sociopolítico e jurídico, desmascarando os fragmentos do patriarcado, a desigualdade de gêneros e a discriminação da mulher ainda existente no cotidiano da sociedade. A Lei em questão cria mecanismos para combater e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, seguindo o texto constitucional contido no artigo 226, § 8º da Constituição Federal de 1988, e também seguindo as diretrizes estabelecidas pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher e pela Convenção Interamericana.

Em seu art. 5º a Lei Maria da Penha delinea a violência doméstica e familiar contra a mulher e determina o espaço que ocorre:

Art. 5º. Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Em consideração a isso, a Lei define os locais de ocorrência, que podem ocorrer dentro da residência, ou seja, no ambiente de convivência permanente de indivíduos, com ou sem vínculo familiar, incluindo aqueles que agregam de forma esporádica, ou dentro da família, compreendida como o conjunto de pessoas que se consideram parentes, sejam elas unidas por laços naturais ou por vontade

expressa, e também pode ocorrer na relação íntima de afeto, na qual o agressor convive ou conviveu com a vítima, independentemente da convivência doméstica. Logo, pode-se apreender a violência contra a mulher como toda e qualquer atitude que proporcione discriminação, coerção ou agressão de uma pessoa pelo fato de ser mulher, demonstre a atitude de ação ou omissão que resulte em morte, dano ou sofrimento psicológico, físico ou sexual e dano patrimonial ou moral, tanto no ambiente público como no privado.

Conforme o art. 7º da Lei referida são formas de violência doméstica e familiar:

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, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

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.

Interpreta-se do texto da Lei que a violência física é qualquer ato que viole a integridade ou saúde física da mulher, que pode ser cometido com tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, lesões por armas ou objetos, dentre outros. A violência psicológica ocorre por meio de atitudes que debilitem o desenvolvimento psicoemocional da mulher e sua autoestima, e acontece através da manipulação, da humilhação, do isolamento, dos insultos, do controle das atitudes, do constrangimento, da ridicularização, da opressão, entre

outros, é uma violência que restringe a liberdade, a autonomia e independência da mulher.

A violência sexual refere-se a qualquer atitude que force a mulher a ter relações sexuais sem a própria vontade ou a assistir à prática sexual sem ela queira; acontece também quando a vítima é obrigada a realizar um aborto, a não utilizar contraceptivo (anticoncepcional ou preservativo), a se prostituir ou quando é assediada sexualmente. A violência patrimonial acontece quando a mulher tem seus pertences retidos ou destruídos, estes pertences podem ser do trabalho ou pessoais, e a violência moral acontece quando a mulher é ofendida mediante calúnia, difamação ou injúria.

Compete acentuar que, é perceptível a existência de um ciclo de violência com três fases, nos casos de violência doméstica e familiar, segundo a figura abaixo:

**Figura 2:** Ciclo de Violência



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado do Paraná<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Disponível em: < <https://www.tjpr.jus.br/web/cevid/ciclo-violencia> >. Acesso em 15 de ago. de 2024

Percebe-se que na primeira fase denominada de Ato de tensão é utilizado pelo agressor insultos, ameaças, xingamentos, raiva e ódio. Estas atitudes fazem com que a mulher em situação de violência sinta-se com medo, culpada, ansiosa e humilhada. A predisposição é que as atitudes passem para a segunda fase. A segunda fase, denominada como Ato de violência, o agressor intensifica as agressões tomando uma proporção maior (chutes, empurrões, socos, lesões por objetos, etc.), fazendo com que a vítima se esconda na casa de familiares, buscar por ajudar, denunciar, pedir a separação. Já na terceira fase, denominada como Ato de arrependimento ou como “Lua de mel” o agressor, após de acalmar, tenta apaziguar a situação pedindo perdão e prometendo que jamais tais atitudes violentas se repetirão. Fazendo com que a vítima lhe dê “mais uma chance”, incluindo razões externas como o bem-estar da família e dos filhos. No final, quando se encerra essa fase, o ciclo de reinicia voltando para a primeira fase, tipificando assim, o ciclo de violência. (Tribunal de Justiça do Paraná).

Cabe evidenciar que o ciclo de violência habitua se repetir com a intensificação das agressões e com a diminuição dos intervalos entre as fases, em consequência, esse processo de violências silenciosas influencia o agressor a praticar as violências mais extremas, resultando em feminicídio.

### **3. OS AVANÇOS DO BRASIL EM RELAÇÃO À LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO ÀS MULHERES E POLÍTICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE.**

Neste capítulo será realizada uma análise acerca dos avanços na legislação brasileira no que diz respeito à proteção das mulheres na política de saúde. Abordando sobre a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública e por último tratar sobre o princípio integral da saúde e as políticas de proteção às vítimas.

#### **3.1. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.**

Inicialmente, é válido enfatizar que a Constituição de 1988 foi de extrema importância para a saúde pública no Brasil, estabelecendo a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. A implantação do SUS aconteceu de forma lenta e

gradual, sendo, portanto, extremamente relevante para a saúde, com respostas diretas e intencionais na integralidade da assistência (BRASIL,1988).

É perceptível que a violência impacta negativamente a saúde, seja ela individual ou coletiva, provocando lesões, traumas físicos e psicológicos e no seu último estágio a morte, resultando na diminuição da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade. A partir do início dos anos de 1970, a atenção e mobilização começou a crescer no que diz respeito a violência contra a mulher. A problemática abrange diversas demonstrações de violência, tais como: estupros, assassinatos, agressões físicas e sexuais, prostituição forçada, abusos emocionais, violência racial entre outras. Conforme a autora Minayo (2006):

Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde:

- 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais;
- 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;
- 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde;
- 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e
- 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

Nos últimos 20 anos, no Brasil, diversos serviços voltados para a questão foram criados, tais como as casas-abrigo, as delegacias especializadas da mulher e os centros de referência multiprofissionais que têm ressaltado, acima de tudo, a violência física e sexual praticada por parceiros e ex-parceiros da mulher. Nessa perspectiva, foram criados, nos últimos anos, órgãos de atendimento à violência sexual para prevenir e prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST), prevenir gravidez indesejada e realizar aborto legal, quando for o caso. As ocorrências de violência são recorrentes e tendem a se tornar cada vez mais graves, como já foi citado no ciclo da violência. Os estudos também apontam para um uso mais intenso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, delineando uma grande demanda. Embora isso não seja reconhecido nos diagnósticos médicos, a violência nas relações de gênero é um problema

extremamente difícil de ser enfrentado. Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas, 1994):

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas 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: 3)

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), constitui-se interesse de saúde pública a problemática da violência contra a mulher, tendo em vista que também é reconhecida como uma violação dos direitos humanos e por isso se faz necessário a busca de estratégias para seu enfrentamento (OMS, 2002).

"No Brasil, as violências são reconhecidas como um grave problema de saúde pública, fato que aponta para sua incidência, prevalência e ampla ocorrência no território nacional bem como para seu impacto no sistema de Saúde, a partir da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), Portaria Ministerial do Ministério da Saúde - MS/GM N. 737 de 16/5/2001" (MELO, D. e CLEMENTE, F. Relatório Pesquisa ESCCA, 2022).

Segundo o relatório, supracitado, as mulheres em todo o mundo, são atingidas com esse fenômeno, onde uma em cada três mulheres sofrem violência ao longo da vida, na maioria das vezes, sendo os parceiros íntimos os principais agressores. A autora Minayo (2006) aponta que a violência contra a mulher é uma questão de saúde pública, pois, segundo estimativas, pelo menos 35% dos problemas de saúde das usuárias dos serviços de saúde são causados pela violência sofrida.

É válido ressaltar que a violência doméstica, é frequentemente invisibilizada, mesmo presente na sociedade, algumas vezes, aceita socialmente como uma situação de "normal". Essa banalização e naturalização da violência estão presentes na atuação do Estado, no momento em que deixa de efetivar, de maneira universal, às políticas públicas mencionadas na Lei Maria da Penha. Na opinião de Pinheiro (2012, p. 70),

“O Estado age segundo o princípio da neutralidade ou da impunidade (GINFFIN,1994), distanciando-se, quando é do seu interesse, ou se resguardando; ou seja, ao mesmo tempo, em que o Estado tipifica a violência doméstica como crime, tem uma posição ambígua, pois tolera, quando reafirma sua legitimação social e é complacente com a sua prática, ‘sobretudo no que se refere à atuação policial-judiciário quando da judicialização da violência’ (ROCHA, 2005, p.54), em que se assume, na maioria das vezes, uma atitude sexista, banalizando e naturalizando a violência conjugal em defesa, numa posição conservadora, da família.” Pinheiro (2012, p. 70)

Essa postura também está presente no sistema de saúde, em virtude que, certos profissionais não identificam a violência como uma violação dos direitos humanos das mulheres, e não a reconhecem como razão originadora do atendimento de saúde, não oferecendo uma atenção mais especial a esse tipo de violência, como preconizada pela Lei 11.340/2006. Entretanto, as mulheres vítimas de violência, são tratadas apenas como “mais uma paciente” do cotidiano do atendimento. Conforme Schaiber (et al., 2005, p. 34):

[...] familiares, vizinhos, colegas ou a comunidade que os profissionais de saúde ou de outros serviços de assistência, e até as próprias mulheres vítimas de violência, nenhum deles reconhecem a situação como uma transgressão de direitos, e um contexto instaurador de danos a saúde. Assim, ou a violência da mulher não é considerada violência (transgressão de direitos e violação de dignidade da pessoa) e, por isso, não deveria receber atenção de mesmo porte socioinstitucional que as demais violências, ou, no extremo oposto e pelas mesmas razões, quando se percebe tal violência como um problema que iria além do âmbito de cada um, não é entendida como uma específica e particular transgressão aos direitos das mulheres. Schaiber (et al., 2005, p. 34)

Diante desta situação, é inadmissível aceitar a violência como algo normal e, principalmente, no sistema de saúde, não se deve diminuir a atenção somente aos seus danos à saúde. Deste modo, se faz necessário que os profissionais e cientistas da saúde juntamente com outros setores da sociedade, pressione o Estado em relação a sua responsabilidade de proteger as mulheres de todas as formas de violência, seja ela doméstica, física, psicológica, sexual, moral ou patrimonial.

No ano de 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu pela primeira vez uma declaração mais firme sobre a violência, diferente da postura adotada anteriormente, que se limitava a classificar os impactos desse fenômeno

ou fazer revisões e sugestões pouco frequentes sobre o tema. Foi publicado o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no qual a questão é caracterizada como:

“Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002, p. 5).

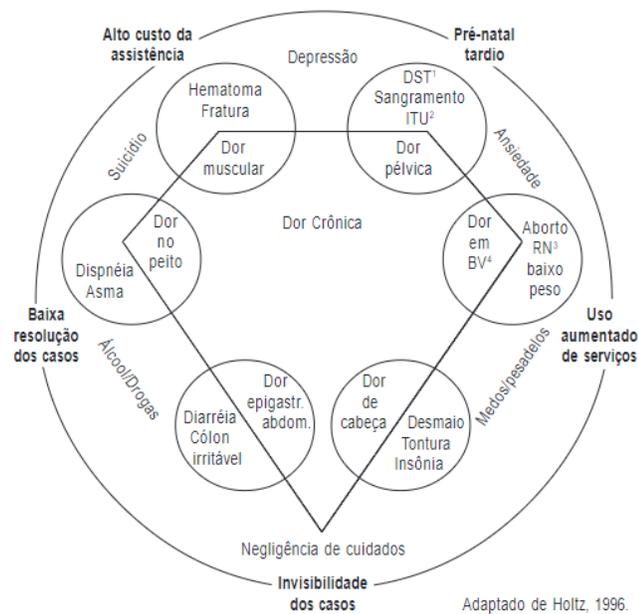
O Ministério da Saúde, em 2011, estabeleceu como agravamento a violência doméstica, sexual e outras formas de violências, através da portaria nº 104 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011). – Nesta revisão, também foi realizada uma adequação da Portaria à nova legislação brasileira, tornando as “Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências” de notificação universal, por toda a rede de assistência à saúde, e não apenas por unidades sentinelas, como anteriormente. Sob essa perspectiva, a violência doméstica, além da gravidez indesejada e o risco de doenças sexualmente transmissíveis, depressão, ansiedade, agitação, dificuldades de aprendizagem, abuso de drogas e crime, o risco de complicações e problemas de saúde como suicídio, suicídio e tentativa de suicídio, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, quando ocorrem a violência sexual.

Dessa maneira, é perceptível que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública recorrente na sociedade, e este dado se confirma nos estudos internacionais que mostram altas taxas do problema nos serviços de saúde. Apesar disso, este tipo de violência é uma grande causa de morbidade e mortalidade. A mortalidade feminina é raramente considerada uma questão de saúde pública. Posto isto, a falta de sensibilidade e capacitação dos profissionais de saúde, a tendência à medicalização dos casos e a falta de comunicação entre as diversas áreas da sociedade resultam em uma situação ainda mais complexa e de difícil acesso.

Sob essa ótica, a repercussão das situações de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde acontece de maneira contraditória. Segundo a

cartilha da Saúde das Mulheres em Situação de Violência Doméstica, CREMESP, 2003. No mesmo momento em que há um aumento no uso dos serviços, a assistência prestada tem um poder resolutivo muito baixo e as vítimas avaliam pior sua saúde e, conseqüentemente, têm mais queixas e sintomas do que as mulheres que não vivem episódios de violência.

**Figura 3:** Repercussões na Saúde associadas à Violência contra as Mulheres



Fonte: Saúde das Mulheres em Situação de Violência Doméstica, CREMESP, 2003

O autor Franco (2000) aponta que as mulheres até fazem uma ligação entre a doença que têm e a situação de violência que vivem, mas acredita que a cura será dada por medicamentos. Não têm consciência de que sua autoestima e autoconfiança estão debilitadas e, para curar suas "doenças", incluindo aquelas que geram a procura pelo serviço, é necessário discutir o tema da violência, compreendendo e apropriando-se do significado da violência em suas vidas. Dessa maneira, a problemática é existente, requer ações nos serviços de saúde, no entanto, não há uma sistematização dos registros, muito menos uma solução para o problema, apesar da complexidade do problema e dos altos custos do sistema.

Conforme as autoras d'Oliveira e Scharaiber (2000) a violência contra a mulher, para além de uma questão sanitária, se mostra como uma expressão da questão social, de qualidade de vida, devido à magnitude nos índices de morbidade e mortalidade. O Serviço Social considera que a violência contra a mulher como uma das múltiplas expressões da questão social. Então, levando em consideração que o objeto de trabalho da profissão é a questão social, a autora Marilda Iamamoto afirma que:

“É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, a luta pela terra, etc. Essas expressões da questão social são a matéria-prima ou o objeto do trabalho profissional.” (IAMAMOTO, 2013, p.62)

Ao analisar o processo histórico-econômico do modo de produção capitalista de acordo com os autores Costa e Rafael (2021, p.90), demonstra que as desigualdades sociais estão “estruturadas por relações de gênero/sexo e raça/etnia, ou seja, existem condições de vida e trabalho desiguais e hierárquicas quando consideramos homens e mulheres, brancos e negros”. Portanto, a violência contra as mulheres e a população negra, a título de exemplo, são produzidos pelas relações de gênero e étnico-raciais, oriundos dos fenômenos históricos como o patriarcado e o racismo, estruturando a questão social e suas expressões.

Conseqüentemente, é uma das manifestações da questão social mais complexa e multidimensional, que representa uma grave questão, a infração dos direitos humanos das mulheres. Por isso, constitui-se em um problema de saúde pública, isto é, considera-se a necessidade de ampliar as ações no setor de saúde em relação a esta problemática, o que requer ações adicionais. Por outro lado, requer a superação desses entraves.

### **3.2. SAÚDE INTEGRAL DA MULHER E POLÍTICAS DE PROTEÇÃO ÀS MULHERES**

Inicialmente, se faz necessário trazer a trajetória das lutas dos Movimentos de Mulheres e Movimentos Feministas para trazer o tema da saúde da mulher de

forma integral ao longo dos anos, até a conquista do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual foi criado no ano de 1983 pelo Ministério da Saúde. Logo, o PAISM foi precursor ao incorporar os princípios de integralidade, universalidade e equidade, que seriam os fundamentos do SUS. Nessa lógica, levando em consideração o feminismo no Brasil, como uma ação política visando à emancipação das mulheres nos variados ambientes da sociedade, nos aponta a reconhecer como conquistas das mulheres, mesmo não havendo uma organização do próprio movimento em que se denominasse como movimento feminista propriamente dito.

Nos anos de 1970, segundo Garcia (2013), a equidade foi o tema central da Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976-1985), visando diminuir as desigualdades de gênero, incluindo a mulher no processo de desenvolvimento e objetivando a sua liberdade política e econômica. Ainda conforme a autora supracitada anteriormente a saúde da mulher era reduzida a maternidade, afirmando que:

“No Brasil, especialmente em relação à saúde da mulher, o objetivo seria fazer das mulheres “melhores mães”, assim, a maternidade era o papel mais importante da mulher na sociedade; a criação dos filhos era para a mulher o papel mais relevante em relação ao desenvolvimento econômico. Dessa forma, nesse período foram iniciadas medidas de combate à desnutrição e de planejamento familiar.” (GARCIA, 2013, p. 7)

Houve diversas lutas na tentativa de garantir um sistema de saúde que contemplasse a todos, independentemente da classe social, gênero e raça/etnia. Nessa perspectiva, é de extrema importância pontuar o movimento feminista e sua participação, juntamente com lideranças femininas, protagonizou a elaboração, o desenvolvimento e a implementação de políticas relacionadas à saúde da mulher, assim como o combate de grupos e iniciativas as quais buscavam direitos conquistados duramente. Nessa lógica os autores Souto e Moura (2021), pontuam que:

“Essas lutas ambientaram e foram ambientadas em outro importante processo de lutas políticas e sociais, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Articulando o enfrentamento à ditadura militar com o projeto socialista de um sistema de saúde único, universal, gratuito, de qualidade, com participação e controle social, esse movimento congregou profissionais de saúde, gestores, lideranças políticas e movimentos sociais em torno da construção de um sistema único de saúde, garantido na Constituição Cidadã de 1988.” (SOUTO E MOURA, 2021, p. 833)

Em 1988, com a Constituição Federal, reconhecendo como obrigação do Estado a garantia aos direitos fundamentais que entre eles está o acesso à saúde, promovendo promoção, proteção e recuperação da população usuária. Dessa forma, é perceptível que a sociedade desejava pela integralização da atenção, sendo estabelecido nos debates acerca da “promoção da saúde”, para as práticas de gestão e organização da saúde no Brasil.

As discussões e inquietações com a saúde não são recentes, a Organização Mundial de Saúde no ano de 1948 estabeleceu uma definição para a saúde “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (SEGRE, FERRAZ, 1997, p. 539). Todavia, com a ampliação do conceito de saúde no art. 3º da Lei 8.080/1990:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990).

A concepção do SUS procurou resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar da população, refletida no momento histórico e político que passava a sociedade brasileira pelo período de passagem democrática. Sendo assim, o SUS definiu a saúde de modo mais amplo, dando respostas às necessidades dos cidadãos no que diz respeito à saúde (MENDES, 2013). Estas respostas dadas estão presentes nas diretrizes do SUS, se for na universalidade, sendo um princípio que vai garantir o direito de atendimento ao usuário sem qualquer tipo de distinção, de cor, raça, etnia ou religião; se for na integralidade, em que corresponde em ações e serviços, tanto preventivos quanto curativos, destinados a indivíduos e coletividades, ou, além disso, na equidade em que o respeito à garantia de qualquer cidadão tenha acesso de modo igualitário em todos os níveis de atenção (MATTA, 2007).

No que diz respeito à saúde da mulher, somente em 1984, o governo brasileiro instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que, apesar dos obstáculos, adotava medidas para facilitar o acesso das mulheres aos métodos de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incluindo

medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 1984). Anteriormente, ao programa, a saúde da mulher se limitava ao materno-infantil que, inclusive, sempre esteve como objetivo central das políticas, intervindo sobre os corpos das mulheres/mães, para assegurar que os corpos dos filhos fossem convenientes às necessidades da reprodução social. A autora Minayo (2006, p. 1262) coloca 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”.

Em 2001, foi promulgada a política de desenvolvimento no Brasil. Uma portaria do Ministério da Saúde que visa a violência e o setor saúde, é a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que, de acordo com Minayo (2006), se estende a todas as áreas do setor saúde, analisando e orientando as formas de atuação e intervenção no problema em questão. Desde então, vagarosamente os órgãos públicos tomaram outras iniciativas, sendo estabelecida, a Lei nº 10.778, promulgada em 2003, como a notificação compulsória nos casos de violência contra as mulheres atendidas pelos serviços de saúde, seja ele público ou privado do país (Brasil, 2003).

Em relação à violência sexual foi promulgada a Lei nº 12.845/2013, conhecida como Lei do Minuto Seguinte, em que garante o direito atendimento obrigatório e gratuito no minuto seguinte à agressão. De acordo com a lei referida, é considerada violência sexual qualquer forma de ato sexual sem consentimento.

No ano de 2020, com a emergência sanitária estabelecida pela pandemia da Covid-19, foi acompanhada do decreto, por parte das autoridades governamentais fundamentada em evidências científicas, de medidas de isolamento e distanciamento social como procedimentos fundamentais de proteção e prevenção à disseminação do novo vírus. Ainda no mesmo ano, mais de 13 milhões de mulheres revelaram ter sido alvo de violências como ofensa, agressão física e/ou sexual:

“No mês em que mulheres de todo o planeta lembram lutas históricas pela igualdade de gênero – e um ano após o anúncio da Organização Mundial da Saúde de que o mundo vive uma pandemia de Covid-19 – diferentes pesquisas pelo mundo têm, aos poucos, demonstrado que a crise sanitária é também um desastre social que

acentuou desigualdades e que marcará uma geração. Se, antes da pandemia, 1 em cada 3 mulheres no mundo era vítima de violência íntima, essa situação se agravou no último ano.”

“Números inéditos da pesquisa realizada pelo Ipec (Inteligência em Pesquisa e Consultoria) revelam que 15% das brasileiras com 16 anos ou mais relataram ter experimentado algum tipo de violência psicológica, física ou sexual perpetrada por parentes, ou companheiro/ex-companheiro íntimo durante a pandemia, o equivalente a 13,4 milhões de brasileiras. Isso significa dizer que, a cada minuto do último ano, 25 mulheres foram ofendidas, agredidas física e/ou sexualmente ou ameaçadas no Brasil.” (BUENO; REINACH, 2021).

Ainda consoante às autoras Bueno e Reinach (2021), é importante reconhecer que, ao longo deste ano de pandemia, algumas medidas relevantes foram tomadas para reforçar a atenção às mulheres vítimas de violência. A Lei 14.022/20, promulgada em julho de 2020, regulamenta o registro online de ocorrências de violência doméstica e intrafamiliar. Além disso, priorizou os atendimentos às vítimas, tornando-os mais rápidos, e estabeleceu a prorrogação automática das medidas protetivas de urgência existentes enquanto houver um estado de emergência no país.

De acordo com Marques e colaboradores (2020), o aumento dos casos de feminicídio pode estar diretamente ligado à pandemia que se espalhou pelo mundo e, conseqüentemente, à imposição do isolamento social, criado para evitar a disseminação da doença, uma vez que as mulheres vítimas da violência são obrigadas a permanecer por longos períodos dentro de suas residências em convívio com o agressor. A diminuição do contato social resulta em limitações financeiras e inseguranças, o que torna as agressões ainda piores no contexto pandêmico.

Em 2023, entrou em vigor no mês de novembro a Lei nº 14.737, a qual amplia o direito da mulher de ter um acompanhante de sua escolha ao ser atendida nos serviços de saúde públicos ou privada, sendo válida sua presença em consultas, procedimentos ou exames. É válido salientar que a causa da criação desta Lei, foi o caso de estupro sofrido por uma mulher grávida no ano de 2022, em que estava sendo submetida a uma cesariana e o médico anestesista Giovanni Quintela a estuprou, sendo apontado como “estupro de vulnerável”.

Outra conquista muito importante para as mulheres vítimas de violência no SUS foi a sanção da Lei nº 14.847 de 2024, a qual prevê salas de atendimento privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no SUS. Conforme o texto, o art. 7º da Lei nº 8.080/1990 passa a vigorar incorporado de um parágrafo único, em que determina:

“Parágrafo único. Para os efeitos do inciso XIV do caput deste artigo, as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência têm o direito de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, na rede própria ou conveniada, em local e ambiente que garantam sua privacidade e restrição do acesso de terceiros não autorizados pela paciente, em especial o do agressor.”

Dessa forma, a nova lei garante que as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência sejam acolhidas e atendidas em locais que as protejam da invasão de privacidade e restrinjam o acesso de terceiros não autorizados, especialmente o agressor. A presente medida tem como objetivo proteger a integridade física e emocional das vítimas, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para que possam buscar ajuda e assistência médica.

Mesmo com esses novos direitos garantidos por leis nos serviços de saúde, atualmente, existe um déficit enorme em relação aos serviços de saúde quando se trata da rede de assistência à mulher em situação de violência. Sob essa perspectiva, está presente, a precariedade na contemplação da demanda da mulher de maneira humanizada e digna, quer seja pelo desprovimento de alguns profissionais nos atendimentos e na identificação da violência, visto que na maioria dos episódios as vítimas optem por se calar por diversos motivos, seja por conta da vergonha, do medo ou até por se sentir culpada. Logo, se faz necessário à exigência da capacitação de tais profissionais para ocorrer à identificação da violência em todas as suas formas. Sob essa perspectiva, é válido apontar a Política de Educação Permanente no SUS 2018, em que se objetiva:

“a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal.” (PNEPS, 2018, p. 13).

No momento em que se pensa um sistema de saúde em que a integralidade é um princípio fundamental e essa integralidade sendo compreendida, consoante o Inciso II do Artigo 7 da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, como:

**Art. 7º** As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

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

Seguindo essa linha de raciocínio, é plausível afirmar que a busca pelo sistema de saúde deve responder a todas as demandas a ele trazidas. Consequentemente, as mulheres que procuram atendimento das mais diversas formas, por estarem vivendo um contexto de violência aguda ou crônica, necessitam ser identificadas em seu problema, além de serem assistida de maneira adequada.

Dessa forma, independentemente do tipo da violência, se faz necessário ir para além das violações da esfera física, sendo alcançadas da mesma forma no que concerne à manutenção de sua integridade, influenciando na sua qualidade de vida. Em contrapartida, Neto et al., (2014, p. 459) indica que:

“Uma intervenção resolutiva a 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.”

Nessa perspectiva, conforme a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres (PNEVCM), (BRASIL, 2011b), se faz necessário que o atendimento à mulher vítima de violência demanda a atenção e o cuidado de uma rede intersetorial, articulada e integrada, para atender à complexidade da violência, às suas consequências físicas, psicológicas e sociais. Entre os objetivos do Ministério da Saúde em relação à atenção à saúde da mulher incluem a organização de redes integradas de atenção, a articulação das ações de

prevenção de DST/HIV e a promoção de ações preventivas contra a violência doméstica e sexual. Sob esse viés, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres (PNEVCM), (BRASIL, 2011b), preconiza sobre a Rede de atendimento a essas mulheres em situação de violência, que:

O conceito de Rede de atendimento refere-se à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção. A constituição da rede de atendimento busca dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema, que perpassa diversas áreas, tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a cultura, entre outros. (BRASIL, 2011, p.14)

Em conformidade com as autoras Schraiber e D'Oliveira (1999), A violência tem consequências para a saúde que ultrapassam as marcas e cicatrizes físicas. As equipes de saúde têm dificuldades em lidar com a violência e, em muitos casos, o cuidado se limita ao tratamento dos ferimentos e hematomas físicos provocados, tratando-a como uma doença. É possível, nesses casos, revitimizar a mulher, tratando-a como uma pessoa que necessita de cuidados especiais por ser mulher, sem levar em conta que a violência é uma questão que está profundamente ligada a questões culturais, sociais, psicológicas e de gênero. Nesse raciocínio, a complexidade da violência contra as mulheres, é de extrema importância que o procedimento à mulher seja de forma interdisciplinar e que seja direcionado pelo princípio da integralidade das ações de acompanhamento.

Sob esse viés é evidenciado o princípio da integralidade como norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), essa assistência articulada busca possibilitar a ampliação dos serviços através das redes assistenciais. À vista disso, se faz necessário práticas mais humanizadas, visando garantir à usuária resolubilidade, acessibilidade e/ou encaminhamentos necessários nos casos de violência. Logo, os profissionais que trabalham em hospitais de alta complexidade que atuam diretamente no atendimento às usuárias vítimas necessitam captar o fenômeno na sua totalidade, evitando, comportamentos que impeçam uma atuação efetiva.

Visto que, o reflexo da violência contra a mulher tem múltiplas dimensões e provoca marcas muito profundas na estrutura política, econômica, social e cultural,

tencionando o fortalecimento da relação intersetorial e políticas públicas de prevenção e combate à violência. Desse modo, a intersetorialidade refere,

[...] ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. [...] (Brasil, 2009b, p. 193).

Sob essa ótica, a intersetorialidade refere-se à integração entre profissionais de diferentes áreas, com distintos conhecimentos e competências, visando enfrentar questões complexas. No contexto da saúde, essa abordagem corresponde a uma forma de atuação conjunta que busca ultrapassar a fragmentação do saber e das estruturas sociais, promovendo impactos mais relevantes na qualidade de vida da população. Mais do que apenas um conceito, trata-se de uma prática social em constante construção, impulsionada pela insatisfação com as respostas isoladas oferecidas pelo setor de saúde frente aos desafios complexos do mundo contemporâneo (Feuerwerker e Costa, 2000).

Para tal, o cuidado integral proporciona que o profissional conheça a rede de apoio, a fim de orientar as mulheres e encaminhá-las à rede, incluindo uma abordagem que dignifique os anseios e queixas, as quais são invisíveis, e não somente os ferimentos visíveis oriundos das agressões físicas. Dessa forma, compreende-se a importância do estudo desta temática por trazer reflexões sobre o cuidado integral na saúde das mulheres vítimas de violência e a importância da integralidade para o enfrentamento da violência contra mulheres. Assim, é de suma importância que os profissionais estejam presentes no debate sobre gênero para apreender as especificidades da mulher, para assim elaborar estratégias que acumulem forças na luta pelo acesso universal aos direitos sociais, políticos e civis em uma ótica de autonomia e emancipação das mulheres.

#### **4. A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, A PARTIR DOS CASOS CONCRETOS DO CAMPO DE ESTÁGIO.**

O presente capítulo visa, inicialmente, focar, na breve trajetória do Serviço Social na saúde e, em seguida, retratar, a vivência de estágio supervisionado em Serviço Social na instituição hospitalar pública da cidade do

Recife, o Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra, no Centro de Queimados. O capítulo tratará da análise de 4 casos concretos de mulheres vítimas de violência, admitidas no setor, e como os profissionais do Serviço Social atuaram em cada caso. Dessa forma, a vivência do estágio e o contato com os casos de violência contra as mulheres geraram questionamentos e inquietações acerca da temática e se tornaram objeto de estudo e análise.

#### **4.1. BREVE HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E O ATENDIMENTO DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO HR.**

Ao longo da história, a saúde no Brasil sempre foi marcada pelas suas características curativas e imediatas, centradas no médico e supervisionadas pela burocracia governamental que estabelecia quem, como e onde seria assistido. Isso incluía os trabalhadores com comprovação de emprego, carteira assinada pelo empregador, quais doenças seriam prioritárias e como as questões pontuais em saúde pública seriam tratadas de caráter centralizador, excludente e autoritário. Neste cenário, emergem intensas manifestações por transformações políticas, econômicas e sociais no país, com destaque para o Movimento de Reforma Sanitária, que se uniu a vários atores sociais, incluindo a universidade, que se tornou o principal veículo de contestação devido ao encerramento de muitos canais de expressão política, em conjunto com o movimento sindical e as vivências dos profissionais de saúde.

O projeto de Reforma Sanitária, que tem como fundamento o Estado democrático de direito, sendo responsável pelas políticas sociais e por consequência pela saúde, com o intuito de defender a garantia dos direitos sociais e a universalização das políticas públicas. A organização e as lutas da classe trabalhadora se apresentam historicamente imprescindíveis para a constituição dos direitos sociais legalmente reconhecidos, todavia, ainda transpostos por enormes entraves para sua materialização. Dentro desse contexto, estão as lutas em prol do direito à saúde, representadas pelo movimento sanitário, que se opõe à lógica do capital. No Brasil, essa luta é caracterizada pela condição de

dependência e pela defesa, feita pelos grandes empresários, da privatização em larga escala.

Consoante com Bravo e Matos (2002, p.199), o projeto de Reforma Sanitária “[...] tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) que foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais da saúde, articulados ao movimento popular”. O seu fundamento baseava-se na crítica à ideia de saúde limitada e individual, além de enfatizar a conexão entre a organização social, a organização da saúde e a prática médica. Sob essa ótica, é válido ressaltar que a demanda começou a surgir principalmente após a Segunda Guerra Mundial, uma vez que o capitalismo estava em ascensão e a sociedade estava em transformação, exigindo assim, intervenções nas novas demandas emergentes. Um dos motivos que justifica esse fato é o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, o qual, afirma: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

Em relação ao Serviço Social, a década de 1980 foi marcada pelo início da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria e também seu amadurecimento - a intenção de ruptura com as práticas tradicionais e com isso a interlocução com o pensamento marxista que concede ao Serviço Social brasileiro sua carta de cidadania intelectual (IAMAMOTO, 2013).

Contudo, os progressos obtidos pelo Serviço Social a datar do processo de renovação não atingiram todos os assistentes sociais que trabalham na área da saúde, tendo em vista que o Serviço Social está no campo da saúde desde os primórdios da profissão, já na prática do Serviço Social de Casos. A implementação das diretrizes propostas pelo movimento sanitário só acontecerá durante a década de 1990, período em que se observa o fortalecimento do neoliberalismo no Brasil. (CFESS, 2010).

Nesse prisma, a autora Silva (1995), enfatiza que:

“O Movimento de Reconceituação do Serviço Social, a partir da perspectiva hegemônica, no contexto da América Latina, impõem aos

assistentes sociais a necessidade de ruptura com o caráter conservador que deu origem à profissão, calcado no atrelamento às demandas e interesses institucionais, e coloca como exigência a necessidade de construção de uma nova proposta de ação profissional, tendo em vista as demandas e os interesses dos setores populares que constituem, majoritariamente, a clientela do Serviço Social.” (SILVA 1995, p.72).

Dessa maneira, o reconhecimento da categoria de Assistentes Sociais como profissionais da Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 218, de 6 de março de 1997, juntamente com a Resolução CFESS n.º 383, de 29 de março de 1999, identifica o Assistente Social como profissional da Saúde no bojo das mudanças operadas pelo SUS e na perspectiva da integralidade e da multidisciplinaridade. (BRASIL, 2010, p. 11). É crucial enfatizar que a atuação do assistente social na área da saúde está intrinsecamente ligada às circunstâncias históricas que moldam a Política de Saúde, a dinâmica do trabalho em equipe e o que José Paulo chama de "corpo teórico e prático da profissão" (NETTO, 1996, p.86), tornando-se, portanto, um complexo teórico, político e prático. Só se pode compreender o papel do assistente social na área da saúde considerando as três dimensões que compõem esse complexo.

É de suma importância apreender como os aspectos sociais, econômicos e culturais impactam no processo saúde/doença, e compete ao Serviço Social a procura de atuações estratégicas como demanda para a superação desse cenário, fortalecendo o direito social à saúde. Nessa lógica, Matos (2009, p. 206), enfatiza que:

“O projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e os serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.” (MATOS 2009, p. 206).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei 8.080/90<sup>4</sup>, baseada no conceito ampliado de saúde do SUS que considera a saúde como “um bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Esse conceito

---

<sup>4</sup> A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 determina que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

considera a influência de fatores sociais, econômicos e ambientais na saúde da população" - Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1948, fez com que a exigisse uma maior inserção de assistentes sociais no setor da saúde, de maneira a estimular e incentivar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a educação em saúde, visando atender às demandas coletivas. (KRUGER 2010).

Estas alterações se consolidaram na Lei que regulamenta a profissão, no Código de Ética de 1993 e nas Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social. Dessa forma, a profissão define a sua orientação social para a classe trabalhadora, defendendo intransigentemente direitos humanos, e buscando a equidade e justiça social. É importante salientar que as atribuições e competências apresentadas por esses dispositivos devem ser respeitadas tanto pelos profissionais quanto pelas organizações empregadoras (CFESS, 2009).

Sob essa ótica, é válido ressaltar que o Código de Ética do/a Assistente Social de 1993, estabelece princípios fundamentais a serem seguidos pelos/as profissionais. São eles: o reconhecimento da liberdade, a defesa aos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, a democracia, favorecimento da equidade e justiça social, a eliminação de todos os tipos de preconceitos, a garantia do pluralismo, a opção por um projeto profissional que vise à construção de outra forma de sociedade (sem exploração). Como também a articulação com movimentos sociais, compromisso com a qualidade de serviços e a negação da discriminação (de classes sociais, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade e condição física e mental) (CFESS, 2011).

Sob esse prisma, no que se refere a violência contra as mulheres, é uma violação direta ao valor da liberdade da vítima enquanto indivíduo. Então, a atuação do/a assistente social na área da saúde, é de extrema importância, visto que de acordo com Schraiber e D'Oliveira (2003) a intervenção em casos de violência não deve ser restrita das áreas jurídica, policial e psicossocial, como também da área da saúde, salientando que as mulheres são as principais usuárias dos serviços. Desse modo, os serviços de saúde são importantes para a rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

Seguindo essa lógica, é válido ressaltar que o Hospital da Restauração é o maior hospital de urgência e emergência do Nordeste. A partir de 2002, o HR oferece atendimento exclusivamente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma ampla equipe multidisciplinar formada por profissionais associados à promoção integral da saúde, incluindo a categoria de Assistentes Sociais.

Nessa conjuntura, o Serviço Social do HR atua como uma profissão crucial para a assistência da saúde-doença em que o SUS defende, ou seja, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde tal como direito. Visto que a profissão se compromete com a viabilização de direitos sociais apresentados pela política de saúde e demais políticas públicas numa relação de intersetorialidade, possibilitando o acesso dos usuários aos serviços e programas conforme as necessidades seja ela individual ou coletiva. Sendo assim, uma das principais intervenções utilizadas pelos Assistentes Sociais são as ações socioeducativas, que segundo os Parâmetros de Atuação para a/o Assistente Social na Política de Saúde, define como:

“Essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.” (CFESS, 2010, p. 54).

Assim, como a “tomada de consciência” da situação vivenciada e a raiz desta situação. Como também a intervenção nas expressões da questão social em razão da sua importância em contribuir para a democratização das informações, o direcionamento crítico da prática profissional e o fortalecimento dos usuários enquanto seres políticos coletivos, permitindo a conscientização das suas necessidades.

O Serviço Social na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) tem sua atuação voltada para o acompanhamento das demandas sociais dos pacientes e acompanhantes atendidos na unidade. Sob essa ótica, a finalidade do atendimento é a orientação desses usuários na perspectiva dos direitos sociais e do acesso aos serviços, abordando por meio da escuta qualificada às questões econômicas, sociais e culturais, os quais intervêm de forma direta no processo de saúde/doença.

Dessa maneira, os/ as assistentes sociais, devido à gama de atuações, as transformações no cotidiano do fazer profissional, é exigido aptidão no que diz respeito ao combate a violência contra as mulheres. Pelo fato de ser um problema social complexo, repleto de ações perversas e delicadas, a intervenção face dessa crueldade requer um profissional que disponha de uma ótica democrática e respeitosa pelos envolvidos, prezando sempre pela igualdade e o reconhecimento das minorias. Sendo assim, o Serviço Social, torna-se imprescindível na atuação das necessidades sociais cujo objetivo é atender os interesses do Estado, mas visando o fortalecimento das minorias. Sendo a/o assistente social uma das principais fontes de apoio nos diversos serviços destinados para as mulheres em situação de violência doméstica.

## **4.2. CASOS CONCRETOS DO CAMPO DE ESTÁGIO: quatro relatos dos episódios de violência por queimaduras a partir dos instrumentais do Serviço Social**

### **4.2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS FATOS**

Neste momento serão utilizados os casos concretos do campo de estágio, a partir dos instrumentais de quatro casos de violência contra mulheres admitidas no Centro de Queimados do HR. Foi levado em consideração alguns pontos para a escolha desses casos em específico, como o tipo de violência, o agressor, a situação socioeconômica dessas mulheres e qual o motivo da agressão e principalmente, a atuação das assistentes sociais nos casos. Sob essa perspectiva, será pontuado as práticas e encaminhamentos, objetivando identificar como se deram os encaminhamentos, visando a saúde da mulher na sua integralidade, relacionando com as teorias apresentadas nos capítulos anteriores com a práxis profissional. Portanto, é válido ressaltar o estudo de casos foi a metodologia escolhida por ser “um estudo aprofundado e exaustivo que permite o conhecimento amplo do objeto de pesquisa” (Gil, 1999: 73). Dessa maneira, visando manter o sigilo em relação às usuárias, foram lhes dado nomes fictícios de flores como Magnólia, Orquídea, Hortência e Dália.

**Caso 1 - Magnólia:**, é beneficiária do Programa de Transferência de Renda “Bolsa Família” e trabalha coletando materiais recicláveis. Após anos de violências praticadas pelo seu companheiro, magnólia decide se divorciar. No dia em que iria ao Fórum assinar o divórcio, seu companheiro tentou fazê-la mudar de ideia e desistir de seguir com o divórcio, mas como ela não aceitou, ele jogou álcool e ateou fogo nela, atingindo sua face, tórax e abdômen. Após o acolhimento realizado no leito, foi solicitado a restrição de visita como medida de proteção da vítima ao logo do seu internamento. Também foi solicitado pelo Serviço Social o atendimento psicológico. O caso de Magnólia foi encaminhado pelo Serviço Social para a Secretaria da Mulher da sua cidade.

**Caso 2 - Hortência:** Vive em situação de rua. A usuária não detalhou sobre sua situação socioeconômica. Hortência, foi vítima de queimadura por parte do seu companheiro, não se tem detalhes de como ocorreu a agressão, apenas que foi com óleo quente por todo o seu corpo. Hortência foi orientada pelo Serviço Social sobre a rede de apoio para a mulher vítima de violência e foi solicitado a restrição de visita, a fim de proteger a usuária. Foi encaminhado o caso de Hortência para o Centro Clarice Lispector.

**Caso 3 - Margarida:** Está desempregada e é beneficiária do Programa de Transferência de Renda “Bolsa Família”. Margarida, relatou na entrevista realizada no leito, que após uma discussão com o companheiro, ele jogou o Tinner e ateou fogo, atingindo seu rosto e grande parte do seu corpo. Foi solicitado a restrição de visita para Margarida. O Serviço Social enviou o relatório para a Secretaria da Mulher do seu município. Margarida recebeu a visita da assistente social do CREAS para realizar a atualização do seu cadastro no CadÚnico. Foi encaminhado o caso para a Secretaria da Mulher e CREAS do município de Margarida.

**Caso 4 - Dália:** Está desempregada e é beneficiária do Programa de Transferência de Renda “Bolsa Família”, mas que estava bloqueado, por falta de atualização. Por motivos de ciúmes, o ex-companheiro de Dália chegou no local em que estava com sua amiga e jogou álcool e ateou fogo queimando partes do

seu corpo. Foi solicitada pela as assistentes sociais a restrição de visita para proteção de Dália e informada sobre a existência da Secretaria da Mulher no seu município. O caso de Dália foi encaminhado para a Secretaria da Mulher do seu município e para o CAPS.

Conforme a análise dos quatro casos escolhidos, levando em consideração o perfil dessas usuárias e a intervenção das assistentes sociais. Em relação ao tipo de vínculo com o agressor foi seu próprio companheiro. Seguindo essa linha de pensamento, Acosta et al. (2015, p.123) também discutem a situação em que o parceiro não aceita o término do relacionamento e recorre à violência para intimidar a mulher e fazê-la desistir da separação. Segundo as autoras, “a naturalização do poder masculino sobre o corpo e as escolhas da mulher, fruto dos estereótipos culturais, têm servido para legitimar a prática da violência doméstica.”

No âmbito socioeconômico, todas não possuíam um trabalho formal, sendo beneficiárias do Programa de Transferência de Renda “Bolsa Família” . Ou seja, a dependência econômica, principalmente em famílias de baixa renda, é um elemento decisivo. Por causa do comportamento agressivo, é comum que os companheiros proibam suas companheiras de trabalhar e estudar, dificultando assim, sua autonomia financeira. Esse contexto cria um ciclo perverso em que o agressor tem plena consciência da vulnerabilidade da vítima. Consoante a isto Pallota e Lourenço (1999) apontam que muitas mulheres conhecem seus direitos, mas, por estarem sujeitas ao domínio financeiro de seus parceiros, suportam diferentes formas de violência por longos períodos, buscando fazer valer seus direitos apenas quando a situação se torna insustentável. O tipo de violência de todas foi queimadura e em sua maioria na região da face. Quanto à escolaridade, não se tem informações nos instrumentos observados. Analisando os relatos dessas mulheres registrados nas fichas de atendimento do Serviço Social, observa-se que, em linhas gerais, a agressão ocorreu após algum tipo de discussão ou tentativa da mulher se divorciar do agressor. Igualmente, é que não se tem registrado o tempo que elas vêm sofrendo as violências.

#### **4.2.2. PERFIL DAS MULHERES: socioeconômico, raça/cor, escolaridade.**

A dependência econômica das vítimas, nos casos analisados, é de extrema importância para a análise, tendo em vista que isso as deixa mais vulneráveis aos episódios de violência. No que concerne à violência doméstica no contexto de dependência econômica em relação ao companheiro, tornam as vítimas mais subordinadas e a tolerar relacionamentos mais violentos. Tendo em vista que, os agressores utilizam-se da falta de autonomia financeira das mulheres como mecanismo de controle e dominação. Outrossim, é a limitação da inserção dessas mulheres no mercado de trabalho que pode ser resultante da baixa escolaridade, seja pela sobrecarga de responsabilidades domésticas ou pela imposição do próprio agressor, que pode restringir suas oportunidades de crescimento profissional. Quanto a esta temática, as autoras Cheron e Severo, contribuem de maneira relevante, afirmando:

“a estrutura familiar assentada na hierarquia patriarcal, o homem é o chefe da família, a quem cabe o direito de tomar decisões e aplicar medidas que considere necessárias para manter e reforçar sua autoridade sobre a companheira e os filhos. À mulher cabe um papel secundário, em muito atrelado à dependência econômica do companheiro “provedor”. Nesse tipo de estrutura familiar é facilitada a presença da violência, fenômeno tolerado pela sociedade.” (CHERON, SEVERO, 2012, p. 3).

De acordo com Cheron e Severo (2010), a visão fundada sob uma hierarquia patriarcal da organização familiar, o homem como chefe da família, lhe pertencendo o direito de tomar decisões e determinando as ações em que julgem necessárias para conservar e reforçar a sua autoridade sobre os filhos e a companheira. Para a mulher pertence o papel secundário, o qual é marcado pela dependência econômica do seu “provedor”, ou seja, o companheiro. Sendo assim, é essa hierarquia que possibilita para que a violência doméstica e familiar ocorra, sendo naturalizada pela sociedade.

Na ótica de Saffioti,

[...] o patriarcado não se resume a um sistema de dominação, modelado pela ideologia machista. Mais do que isto, ele é também um sistema de exploração. Enquanto a dominação pode, para efeitos de análise, ser

situada essencialmente nos campos político e ideológico, a exploração diz respeito diretamente ao terreno econômico. (SAFFIOTI 1987, p. 50)

Se considerarmos a dependência econômica em relação à rígida divisão de tarefas e trabalho, em que a área produtiva é oposta à reprodutiva, podemos supor como modelo de família considerado normal aquele em que os homens são os provedores e as mulheres são as responsáveis pela área doméstica. De acordo com Giovana Duarte e Letícia Machado Spinelli, é dentro do ambiente familiar que se formam e se disseminam os estereótipos responsáveis por reforçar as desigualdades e desafios enfrentados pelas mulheres na sociedade, sendo nesse espaço que, desde a infância, são identificados os comportamentos considerados característicos de homens e mulheres. Assim, torna-se fundamental promover a divisão e a socialização das responsabilidades relacionadas ao trabalho doméstico. Sendo assim, a independência econômica da mulher em relação ao agressor, lhe permitiria maior domínio sobre suas vidas e conseqüentemente, maior segurança para deixarem o relacionamento abusivo. Isso não significa que mulheres independentes financeiramente do seu companheiro não sofram violência doméstica, apenas que ela terá uma maior probabilidade em romper com o ciclo de violência.

No quesito raça/cor, segundo a quinta edição da pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil”, constatou que em 2025, as mulheres que mais sofrem violências são as negras. De acordo com o relatório supramencionado, 41,5%% das mulheres negras sofreram violência no último ano, já em relação às brancas esse percentual cai para 35,4%. No que diz respeito esses dados, é perceptível a desigualdade racial na vitimização dessas mulheres, então, não se pode desconsiderar que esse alto índice de violência contra as mulheres negras estão associadas aos fatores estruturais, tal como, o racismo, a desigualdade socioeconômica e a menor proteção institucional a essa população.

Nos campos destinados para o quesito raça/cor no instrumental do Serviço Social em sua maioria não é sinalizado à raça/cor que as/os usuários se identificam, no entanto nos instrumentais dos casos em questão, o espaço

destinado para o quesito raça/cor das usuárias em situação de violência, apenas um estava preenchido, como sendo preta. Se faz necessário enfatizar que é essencial a coleta do quesito raça/cor/etnia para a elaboração de políticas públicas em uma visão antirracista, visto que, para além de um indicador, a coleta desses dados, resulta na manifestação das minúcias do silenciamento da desigualdade étnico-racial e da relação direta entre o racismo e a acumulação capitalista. Sob essa perspectiva, é válido mencionar que o preenchimento e a coleta do quesito raça/cor/etnia devem se basear no critério de autodeclaração dos/as usuários/as, seguindo os padrões usados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Na contemporaneidade existem cinco classificações: pardos ou pretos (são considerados negros os indivíduos dos dois grupos), brancos, amarelos e indígenas. Desse modo, a coleta do quesito raça/cor/etnia fomenta a identificação e o mapeamento do perfil dos/as usuários/as alvo da intervenção profissional e é uma ferramenta fundamental para a formulação de políticas públicas.

Outro ponto bastante relevante em relação ao perfil das mulheres vítimas de violência é a baixa escolaridade, o qual é um fator determinante na manutenção de sua vulnerabilidade social e também econômica. Ou seja, a defasagem educacional dessas mulheres resulta na limitação ao acesso a melhores oportunidades de emprego, ocasionando em dependência financeira do agressor. Muitas dessas mulheres são obrigadas a abandonarem os estudos precocemente, seja devido a condições diversas, como a necessidade de trabalhar para contribuir com a renda familiar, seja pela razão de relacionamentos abusivos que restringem seu desenvolvimento pessoal e sua autonomia. Ademais, a violência doméstica pode ocasionar impactos psicológicos que comprometem o desempenho acadêmico e resultam na evasão escolar.

No que diz respeito ao acesso à educação no Brasil, segundo a Agência Brasil (2024), a raça continua sendo um fator determinante, refletindo desigualdades estruturais que marginalizam historicamente a população negra. Apesar de o país avançar em termos de inclusão educacional, os dados

demonstram que a escolaridade das pessoas pretas ainda enfrenta desafios significativos em comparação com a população branca.

Segundo a quinta edição da pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil”, constatou que em 2025, as mulheres com todos os níveis de escolaridade são atingidas pela violência de gênero. No entanto, as que têm apenas ensino médio (39,0%) estão em primeiro lugar, em segundo as com ensino superior (37,8%) e ensino fundamental (33,6%). Isso pode ser reflexo da falta de acesso à informação, dificultando a identificação das violências ou até mesmo naturalizá-las.

Em suma, é notório que as mulheres dos casos analisados têm baixa escolaridade, os empregos são mais precários ou não há emprego. Existem características socioeconômicas que contribuem para um elevado índice de dependência econômica. Sob essa perspectiva, é válido ressaltar que a violência de gênero é o resultado da dominação-exploração de mulheres ao longo da história, perpetrado por sujeitos - homens e mulheres - que potencializam a eficácia da ordem vigente na produção massificada de pessoas - homens e mulheres - para operarem no nível imediato, contudo, incapacitadas para estabelecerem os nexos entre os fatos e suas origens macroscópicas e microscópicas. O solo fértil para a violência de gênero são as desigualdades sociais. (GOMES, 2012).

#### **4.2.3. CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: o significado da queimadura**

É perceptível nos casos analisados que as atitudes machistas dos agressores contra suas companheiras ou ex-companheiras é pelo fato de serem confrontados por elas. Segundo o caderno seis intitulado de machismo do CFESS 2019 define o machismo como:

“preconceito que exerce uma função social de dominação dos homens sobre as mulheres, inferiorizando-as com a finalidade de controlar comportamentos e subjugar sua existência, para que a apropriação do

tempo, do corpo e do trabalho delas seja mais eficaz e lucrativa nessa sociedade.” (CFESS, 2019)

Segundo Heleieth Saffioti (2004, p. 71) essa relação de poder coloca o homem em uma posição de superioridade e, por consequência, a mulher em situação de submissão, “longe de ser natural, é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais”. Do mesmo modo, menciona que “nas relações entre homens e entre mulheres, a desigualdade de gênero não é dada, mas pode ser construída, e o é, com frequência”.

O ciclo de violência (como já fora mencionado), faz com que a mulher sofra vários níveis de violência. Nos casos é percebido que após discussões, tentativa de rompimento ou o inconformismo do término do relacionamento, ocasionou numa violência mais brutal, como a queimadura. Esse ato é uma prova de que a intensidade e gravidade dos episódios só aumentam ao decorrer do tempo, o comportamento da mulher que está em situação de violência doméstica de queixar-se, argumentar ou questionar proporciona a violência que já está sendo praticada. Ou seja, Conforme Segato (2006), a definição do feminicídio tem como propósito evidenciar o caráter político das mortes de mulheres, que são consequência do controle patriarcal e do poder punitivo associado à masculinidade. No âmbito das relações íntimas, quando uma mulher opta por encerrar a relação, tal atitude é percebida como uma afronta à virilidade masculina, sendo interpretada não apenas como um ato de desobediência, mas também como uma contestação do papel do homem enquanto provedor e de sua própria performance sexual (Machado, 2019). Desafiar a autoridade masculina no contexto familiar provoca o mesmo efeito de ofensa.

No que concerne a violência física por queimadura, pela sua magnitude das lesões corporais que afetam a autoimagem das mulheres é considerada um dos traumas mais graves. Sendo assim, pelo fato da mulher atribuir um valor negativo às cicatrizes causadas pela violência, fazendo se sentir inconformada mediante a situação. Sob esse prisma, o ferimento por queimadura é reconhecido como um dos traumatismos em que mais desfiguram e incapacitam suas vítimas, resultando

em um extenso período de cuidados médicos. Ou seja, esse ferimento está entre os traumas mais graves, uma vez que, para além dos problemas físicos que podem resultar na morte da vítima, também pode ocasionar distúrbios psicológicos e sociais, como:

“Em sua maioria, as sequelas psicológicas destroem a autoestima da mulher, deixando-a mais exposta a problemas de ordem mental, tais como: depressão, fobia, tendência ao suicídio, consumo e abuso de álcool e drogas e o estresse pós-traumático”. (ASSIS, SÓRIA, ASSIS, 2012, p. 255)

Em vista disso, a imagem corporal pode ter um impacto significativo na reabilitação e no possível retorno a uma vida planejada pela vítima, em virtude que o desconforto causado pelas lesões e a mudança inestética corporal resultam na sensação de falta de conforto, o reconhecimento pessoal e, conseqüentemente, o afastamento dos padrões de beleza aceitos socialmente. (COSTA *et al.* 2010).

Nos casos, a predominância do rosto como área do corpo mais afetada pela violência para evidenciar a dominação masculina e tornar mais intenso os sentimentos de vergonha e humilhação na mulher, pelo fato de ser o local do corpo com maior exposição e de fácil acesso. É de extrema importância destacar que a danificação do rosto também pode causar, na vítima, o sentimento de perda de identidade, visto que atinge diretamente a sua imagem e autorrepresentação.

“Mesmo que as lesões e cicatrizes desapareçam, estar exposta à violência física deixa marcas profundas que contribuem para a baixa autoestima da mulher que passa, então, a se sentir inferiorizada e descuidada com a sua imagem corporal.” (SOUZA, *et al.* 2018, p.2277)

Dessa forma, a vergonha em expor seu corpo machucado, resultado das agressões físicas, se dá pelo fato de temer julgamentos, resultando em danos psicológicos, emocionais e a sua autoimagem.

#### **4.2.4. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL – PROCESSOS DE TRABALHO, DIMENSÕES E ENCAMINHAMENTOS.**

Primeiramente, é de extrema importância pontuar que a atuação do Serviço Social, enquanto trabalho, presume-se que a/o profissional possua condições de modificar a realidade social por meio de sua ação interventiva e de seu processo

de trabalho. Logo, esse processo ocorre a partir da mediação com o objeto a ser transformado, as expressões da questão social, que fundamenta sua atuação especializada. Para essa finalidade, o/a assistente social articula os meios de trabalho às suas competências teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, as quais orientam a compreensão das relações sociais nas quais irá intervir (IAMAMOTO, 2014).

“Desvelamento das condições de vida dos sujeitos atendidos, que permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que, iluminadas por uma perspectiva teórica-crítica, lhe possibilita aprender e revelar as novas faces da questão social.” (IAMAMOTO, 2012, p. 53).

Sob esse prisma, a/o assistente social utiliza as bases teórico-metodológicas como recurso primordial para sua atuação profissional na análise da realidade dos usuários. Esse processo está relacionado diretamente à competência técnico-operativa obtida ao longo de sua formação profissional. Assim, a intervenção acontece por meio de uma ação consciente, direcionada pela dimensão ético-política, fundamentada em valores que direcionam sua atuação e proporcionam transformações no objeto de sua atuação. (IAMAMOTO, 2014).

Desse modo, é válido pontuar que o aporte teórico que fundamenta a atuação dos assistentes sociais nos atendimentos dos 4 casos em análise, é essencial para a garantia de direitos dessas mulheres, tendo em vista, a resolubilidade dessa expressão da questão social. Então, no acolhimento dessas mulheres, lhe foram apresentadas as possibilidades para a desconstrução da culpabilização e da violência visando a emancipação e desmitificação dos papéis de gênero. Com o acolhimento humanizado e a escuta qualificada, as assistentes sociais da Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) através da dimensão socioeducativa, para garantir a essas mulheres a ampliação dos seus direitos. Como preconiza Iamamoto (2009, p. 6):

“Os assistentes sociais realizam assim uma ação de cunho socioeducativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos, estimulando a organização dos diferentes segmentos dos trabalhadores na defesa e ampliação dos seus direitos, especialmente os direitos sociais.” (IAMAMOTO, 2009, p. 6).

Diante do exposto, é importante destacar que a ação socioeducativa da atuação das assistentes sociais nos casos de violência contra a mulher no Hospital da Restauração, no ponto de vista de corroborar para a construção de uma sociedade informada e entendida dos seus direitos, sem preconceitos. Sendo capazes de criar espaços de compreensão dessa realidade de violência doméstica em sua particularidade, e assim, promovendo a promoção da vida.

Para tal resultado, Iamamoto (1999) preconiza que os/as assistentes sociais são desafiados no presente momento a buscarem qualificação para atualizar, acompanhar e explicar as modificações da realidade social. Independente do ambiente da violência contra a mulher ou em qualquer espaço ocupacional, do/a assistente social atua sobre um objeto de trabalho, isto é, sobre este recai a ação profissional. Por esse motivo, é imprescindível o conhecimento da realidade em qual atua, com o intuito de compreender como os envolvidos vivenciam e experimentam as situações sociais. No caso, da temática da violência contra a mulher, o assistente social precisa ter seus conhecimentos aprofundados sobre as múltiplas determinações que resultam da violência. Nesse viés, de acordo com a autora supramencionada,

“O grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social.” (IAMAMOTO, 1999, p.52)

Dessa forma, a intersectorialidade é extremamente importante para Faleiros (1999), com a finalidade de alcançar uma intervenção para além do seu espaço de atuação, como a articulação em rede. Sob esse prisma, o autor mencionado reitera que “a rede é uma articulação de atores em torno [...] de uma questão ao mesmo tempo, política, social, profundamente complexa e processualmente dialética” (FALEIROS, 1999, p.25). É observado essa atuação nos 4 casos, onde as usuárias após declarar a violência tiveram seus casos encaminhados para as secretarias de mulheres dos seus municípios, para o Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) e para o Centro de Atenção Psicossocial. (CAPS). Assim sendo, é fundamental a atuação do assistente social, uma intervenção em articulação com outras redes existentes, visando o acesso à saúde integral, e com

o propósito de ampliar a autonomia dessas usuárias, criando possibilidades para alcançar a emancipação.

Em relação à intervenção das assistentes sociais nos casos analisados é perceptível a busca pelo atendimento pautado no princípio da integralidade. As usuárias por meio do acolhimento e da escuta ativa das assistentes sociais foi solicitado atendimento psicológico disponibilizado pelo Hospital da Restauração e a realização dos encaminhamentos, seja para o CRAS ou CREAS e as Secretarias da Mulher dos seus municípios. Dessa maneira, é válido ressaltar que a atuação das assistentes sociais do HR se utiliza da rede de atendimento, a qual é instituída pela articulação entre instituições e serviços, a fim de que haja a efetivação das Leis e políticas destinadas à violação dos direitos das mulheres. A composição dessa rede de atendimento se materializa em quatro setores principais, os quais são: Saúde, Justiça, Segurança Pública e Assistência Social. A Lei Maria da Penha preconiza em seu artigo 9º.

“A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso” (Brasil/Lei Maria da Penha 11.340/2006).

Sob essa perspectiva, a intervenção profissional das assistentes sociais nos casos analisado visa prevenir e combater a violência contra as mulheres, buscando produzir modificações necessárias na vida social dessas usuárias. Sendo assim, é através da dimensão técnico-operativa que as assistentes sociais expressam sua capacidade criativa e sua compreensão da realidade social, possibilitando uma intervenção realizada com responsabilidade e competência profissional.

Além disso, é válido ressaltar que as atividades desempenhadas pelo profissional de Serviço Social no setor da saúde podem auxiliar na defesa das políticas públicas de saúde, na garantia dos direitos sociais, no fortalecimento da participação popular e das mobilizações dos sujeitos sociais, além de contribuir para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela

Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080 e nº 8142, ambas de 1990. Além disso, essas ações reforçam o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro. O Assistente Social atua na mediação e na concretização do direito à saúde, bem como de outros direitos a ele relacionados.

Dessa forma, sua atuação na área da saúde visa possibilitar aos usuários o acesso a seus direitos, promovendo a efetivação da democracia. Dessa forma, é válido enfatizar que a atuação das/os assistentes sociais às mulheres vítimas de violência, torna-se essencial contar com profissionais qualificados. Para isso, é fundamental aprimorar o conhecimento a fim de aperfeiçoar a atuação, sempre considerando que, por meio da construção de novos saberes e práticas, busca-se aprimorar a intervenção.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho foram empreendidos esforços para analisar a atuação profissional das Assistentes Sociais no enfrentamento da violência contra a mulher na Unidade de Tratamentos de Queimados do Hospital da Restauração da cidade do Recife, Pernambuco. Neste intuito, buscou-se: compreender as múltiplas faces da violência contra a mulher; conhecer os avanços do Brasil em relação à Legislação de proteção às mulheres e políticas no âmbito da saúde; e, pontuar a atuação das/os assistentes sociais no Hospital da Restauração nos casos de violência contra mulher, a partir da análise e estudo de caso.

Ao investigar os estudos teóricos, constatou-se que, mesmo na atualidade, com os avanços sociais, a violência contra a mulher ainda persiste como uma questão relevante. Outro ponto, é o desenvolvimento das políticas públicas para o enfrentamento desse problema tem si mostrado insuficiente. Dessa maneira, a falta de assistência imediata e segura às vítimas acaba dificultando as denúncias, comprometendo a efetividade das medidas de proteção.

No que diz respeito à atuação das Assistentes Sociais nos casos em perceber a violência se deu a partir da escuta qualificada realizada no leito, e a

apresentação dos recursos para modificar a condição da mulher em situação de violência, fazendo encaminhamentos aos demais setores da rede de atendimento, objetivando a trazer dignidade para essas mulheres diante da sociedade.

Não se pode contestar que esse é um problema histórico, impregnado na sociedade sob uma cultura patriarcal, machista e racista, em que a mulher sempre foi reputada como inferior, submissa e obediente. Tais características tornaram-nas em vítimas durante séculos sem nenhum aparato de lei até que em 2006 entrou em vigor a Lei Maria da Penha, onde foram estabelecidas penas para os seus agressores, no entanto, a situação ainda é muito alarmante.

Constata-se que, embora a/o assistente social esteja hábil para realizar esse atendimento, os dados trazidos no decorrer deste trabalho aponta que as políticas, as leis previstas na legislação ainda são insuficientes para garantir plenamente a segurança dessas mulheres e não tem resultado em mudanças significativas na realidade da violência contra a mulher. Todavia, essa limitação nas leis não exime a responsabilidade das/os profissionais da área da saúde, que devem estar devidamente qualificadas/os e atuar de maneira multiprofissional, contribuindo de forma direta para o fortalecimento da rede de assistência às mulheres.

Por fim, ao apreender melhor os tipos de violência contra as mulheres e a intervenção das/os assistentes sociais nessa realidade são determinantes que essa temática não se finaliza neste trabalho, existindo muito mais a ser realizado sobre essa problemática devido a sua complexidade.

## 6. REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; FONSECA, Adriana Dora da; GOMES, Giovana Calcagno. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 24, n.1, p. 121- 127, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00121.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00121.pdf). Acesso em 02 de Abr. 2025.

AGÊNCIA BRASIL. Raça ainda é um fator determinante no acesso a educação, março/2024, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/educacao/audio/2024-03/raca-ainda-e-fator-determinante-no-acesso-educacao-no-brasil>. Acesso em 15 de março de 2025.

ANA CAROLINA MONTORO. **EXAME**. [S.l.]. EXAME, 2024. Disponível em: <https://exame.com/brasil/%E2%81%A0violencia-domestica-contra-a-mulher-cresce-98-no-brasil-aponta-anuario-de-seguranca-publica/>. Acesso em: 12 ago. 2024.

Antropológica do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, Brasília, n. 401, p. 1-11, 2006.

ASSIS CTS, SÓRIA DAC, ASSIS MR. **A queimadura como ato de violência física contra a mulher**: revisão de literatura [revisão]. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/132/pt-BR/aqueimadura-como-ato-de-violencia-fisica-contra-a-mulher--revisao-de-literatura> Acesso em 03 de out. de 2024.

BARROCO, M. L. S; TERRA. S. H. **Código de ética do Serviço Social comentado**. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, (organizador). São Paulo: Cortez, 2012.

BENEVIDES, Bruna; YORK, Sara Wagner. **Feminismos exclusivos ou excludentes?** In: BENEVIDES, Bruna G. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022 / Bruna G. Benevides. ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) –Brasília–DF: Distrito Drag; ANTRA, 2023. p. 96-101. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2023/01/dossieantra2023.pdf>. Acesso em 24 de set. de 2024.

BLAY, Eva Alterman. Assassinato de mulheres e direitos humanos. São Paulo: Editora 34; 1ª edição, 2008.

BRASIL, Lei nº12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1 ago. 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm)>.

Acesso em: 30 de set. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm). Acesso em 24 de ago. de 2024.

BRASIL. 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. In: LACERDA, Eugênia, et alii. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**. 2ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília–DF. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>.

Acesso em: 5 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/documentos-1/Portaria%20104-2011.pdf>. Acesso em 23 de ago. de 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília–DF, 08 de junho de 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/acidentes-e->

[violencia/vigilancia doencas agravos nao transmissiveis promocao saude.pdf](#).

Acesso em 22 de ago. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRAVO, Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. IN: BRAVO, Maria Inês de Souza; PEREIRA, Potyara A. (orgs.). Política Social e Democracia. 2.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BUENO, S; REINACH, S. **A cada minuto, 25 brasileiras sofrem violência doméstica**: Piauí Folha UOU, 202. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/cada-minuto-25-brasileiras-sofrem-violencia-domestica/>>. Acesso em: 29 de set. 2024.

CARNEIRO, Sueli. **Gênero, raça e ascensão social**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 544-552, 1995.

CARNEIRO, Sueli. **Mulheres em movimento**. Revista Estudos Avançados, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-132, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9948/11520>>. Acesso em 21 de set. de 2024.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **“Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”**. Brasília, 2010.

CFESS. Caderno 6: Machismo. Série Assistente Social no Combate ao Preconceito. Brasília: CFESS, 2019.

CHERON C, SEVERO EE. **Apanhar ou passar fome?** A difícil relação entre dependência financeira e violência em Porto Alegre, RS. Seminário Internacional Fazendo Gênero. 9. 2010. Disponível em: [http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278279902\\_A\\_RQUIVO\\_Cheron\\_Severo.pdf](http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278279902_A_RQUIVO_Cheron_Severo.pdf). Acesso em 04 de out. de 2024.

COSTA, J. B. **Controle de vida, interseccionalidade e política de empoderamento:** as organizações políticas das trabalhadoras domésticas no Brasil. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 52, p. 471-489, 2013.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, ano 10, p. 171-188, 1º semestre de 2002.

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: Acesso em 12 de ago. 2024.

DA SOLEDADE SIMEÃO DOS SANTOS, Maria. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César Franca. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2009. 478 p. **Boletim Técnico do Senac**, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 86–87, 2016. Disponível em: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/250>. Acesso em: 22 maio.

DUARTE, G.; SPINELLI, L. M. Estereótipos de gênero, divisão sexual do trabalho e dupla jornada. **Revista Sociais e Humanas**, [S. l.], v. 32, n. 2, 2019. DOI: 10.5902/2317175836316. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/36316>. Acesso em: 22 maio. 2025.

Elas vivem [livro eletrônico]: **liberdade de ser e viver** / Silvia Ramos...[et al.] ; ilustração Mayara Smith. – Rio de Janeiro : CEsSeC, 2024.

FALEIROS, V. **Estratégias em Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FBSP. **Visível e invisível:** a vitimização de mulheres no Brasil. 4. ed. São Paulo: FBSP, 2023.

FÓRUM Brasileiro de Segurança Pública. **Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022.** Disponível em: 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2023 ([forumseguranca.org.br](http://forumseguranca.org.br)). Acesso em 11 de ago. 2024.

GIFFIN, Karen Mary. **Mulher e saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: abr.-jun, n. 7, v. 2, p.133-134, 1991.

Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

GOMES NP et al. **Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas.** Revista Gaúcha de Enfermagem, 2012, 33 (2): 109-116.

Humaines et Sociales [online], n. 16, p. 1-24, 2019. Disponível em: <https://journals.iamamoto.com.br/>

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_, Marilda. **V.O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

Instituto de Pesquisas DATAFALHA. **Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil – 4ª edição – 2023.**

KRUG, E. G. et al. (org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

KRUGER, T, R. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: ESPAÇOS DE ATUAÇÃO A PARTIR DO SUS.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP, Campinas, v.IX, n.10, dez.2010.

LIMA, E. **VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO CONTEXTO NA PANDEMIA DE COVID 19.** 25 de novembro de 2021. Disponível em: [Violência contra as mulheres no contexto da Covid-19 \(fiocruz.br\)](https://www.fiocruz.br/violencia-contra-as-mulheres-no-contexto-da-covid-19). Acesso em: 10 de ago. 2024.

Machado, Lia Zanotta. **Féminicide: nommer pour exister.** Brésil(s) – Sciences

MATOS, Murílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MELLO, Adriana Ramos de. **Feminicídio: uma análise sociojurídica da violência contra a mulher no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: LMJ Mundo Jurídico, 2017.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios.** Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>. Acesso em 25 de ago. de 2024.

MINAYO. M. C. D. S. (2006). **Violência e saúde.** SciELO-Editora FIOCRUZ.

MINAYO. MCS. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciência e Saúde Coletiva 2010; 11(Supl.):1259-1267.

- NETTO, J. P. **Introdução ao método da teoria social**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, CFESS/ABEPSS, p. 688-700, 2009.
- NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 64 p. 2011.
- NETTO, L. DE A. et al.. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 458–464, set. 2014. [openedition.org/bresils/5576](https://openedition.org/bresils/5576). Acesso em: 15 maio 2025.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Violencia y Salud. Resolución** n. XIX. Washington: Opas, 1994.
- Paim J. **Direito à Saúde, Cidadania e Estado**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 45-60.
- PALLOTA, M.; LOURENÇO, M. Violência. 1999. Disponível em: <<http://209.143.148.118/adv-pl>> Acesso em: 02 abr. 2025.
- PEDRO MOURA. **Jornal Opção**. Violência contra a mulher: Brasil ocupa 5º lugar no ranking mundial de feminicídios. site: Jornal Opção, 2023. Disponível em: <https://www.jornalopcao.com.br/violencia/violencia-contra-a-mulher-brasil-ocupa-5-lugar-no-ranking-mundial-de-femicidios-557509/>. Acesso em: 15 dez. 2023.
- PINHEIRO, Maria Jaqueline Maia. **Mulheres abrigadas: violência conjugal e trajetória de vida**. Fortaleza: EDMETA; EDUECE, 2012.
- QUEIROZ, Fernanda Marques; DINIZ, Maria Ilidiana. **Serviço Social, Lutas Feministas E Violência Contra A Mulher**. Temporalis, [S. l.], v. 14, n. 28, p. 95–112, 2014. DOI: 10.22422/2238-1856.2014v14n28p95-112. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/6437>. Acessado em 15 de março de 2025.
- RAÍSSA EBRAHIM. **MARCOZERO**. Pesquisa da Rede de Observatórios da Segurança identificou 92 casos em 2023. [S.l.]. MARCOZERO, 2024. Disponível em: <https://marcozero.org/pernambuco-e-o-estado-com-mais-femicidios-no-nordeste/>. Acesso em: 12 ago. 2024.

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

SAFFIOTI, **Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento? Crítica Marxista**, São Paulo, Boitempo, v.1, n. 11, 2000, p 73.

\_\_\_\_\_, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

\_\_\_\_\_, H. **Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade. Lutas Sociais**, [S. l.], n. 2, p. 59–79, 2004. DOI: 10.23925/ls.v0i2.18789. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/18789>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SANTOS, Cecília MacDowell. **Women's Police Stations: Gender, Violence, and Justice in São Paulo, Brazil**. New York: Palgrave Macmillan, 2005, 246 pp.

Segato, Rita Laura. Que és feminicídio: notas para un debate emergente. Série

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O Serviço Social e o Popular: resgate teóricometodológico do projeto profissional de ruptura**. 6. ed. – São Paulo: Cortez, 1995.

Silvia Ramos...[et al.] ; ilustração Mayara Smith. **Elas vivem** [livro eletrônico]: liberdade de ser e viver / – Rio de Janeiro : CESeC, 2024.

Souza APL, Lira MOSC, Carvalho MFAA, Vieira MCA, Campos FVA, Barbosa KMG, et al. **Imagem corporal de mulheres que sofreram violência física**. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2018 [citado em 26 out 2019]; 12(9):2276-82. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i9a236462p2276-2282-2018

TELES, Maria Amélia de Almeida; MELO, Mônica de. **O que é violência contra a mulher**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ. **TJPR - CEVID**. Ciclo de Violência. Paraná: TJPR, 2024. Disponível em:

<https://www.tjpr.jus.br/web/cevid/ciclo-violencia>. Acesso em: 15 ago. 2024.