

SAÚDE DA MULHER

EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, CASOS CLÍNICOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Edição XXV

Capítulo 6

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: DA INVISIBILIDADE À ATENÇÃO INTEGRAL

BARBARA DE OLIVEIRA VILHENA¹
BIANCA TAVARES LOPES FRANCO¹
GIOVANNA DE LIMA SILVEIRA²
KAYANE RIDOLFI CARVALHO²

¹Discente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica - Poços de Caldas, Minas Gerais.

²Docente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica - Poços de Caldas, Minas Gerais.

Palavras-Chave: Violência Contra a Mulher; Atenção Integral à Saúde; Gênero e Saúde.

DOI

10.59290/5032609238

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher configura-se como uma das mais graves violações dos direitos humanos em escala global. Trata-se de um fenômeno complexo, multifatorial e enraizado em relações históricas de poder, dominação e desigualdade de gênero. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 1 em cada 3 mulheres no mundo já sofreu algum tipo de violência física e/ou sexual por parte de parceiros íntimos ou desconhecidos ao longo da vida (WHO, 2014).

No Brasil, os dados são igualmente alarmantes. De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o país registra uma média de um caso de feminicídio a cada 6 horas, além de milhares de notificações anuais de agressões físicas, ameaças e estupro (FBSP, 2023). Apesar da crescente mobilização social e do fortalecimento de políticas públicas, a violência de gênero ainda se manifesta de forma silenciosa e persistente, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

Historicamente, essa violência foi normalizada, invisibilizada e, muitas vezes, justificada por argumentos culturais ou religiosos. O silêncio das vítimas, a impunidade dos agressores e a omissão institucional contribuíram para a perpetuação do problema. Além disso, a ausência de preparo dos profissionais da saúde para identificar sinais não verbais de sofrimento e violência dificulta a ruptura desse ciclo (DINIZ *et al.*, 2020).

As consequências da violência contra a mulher são extensas, afetando não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional, a autoestima, a autonomia econômica e as relações sociais. Estudos apontam que mulheres vítimas de violência têm maior prevalência de depressão, transtorno de estresse pós-traumático, uso abusivo de substâncias psicoativas, doenças

sexualmente transmissíveis e complicações gestacionais (GARCIA-MORENO *et al.*, 2015; SCHRAIBER *et al.*, 2017).

Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender a violência de gênero não como um problema individual, mas como uma questão de saúde pública e justiça social. O enfrentamento requer uma abordagem intersetorial, com ênfase na atenção integral à saúde, acolhimento qualificado e políticas que promovam autonomia, escuta e reparação.

O objetivo deste capítulo é propor uma reflexão crítica sobre a invisibilidade histórica da violência contra a mulher, suas múltiplas expressões e o papel transformador da saúde e das redes de proteção na construção de respostas mais humanizadas e eficazes.

PANORAMA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher pode ser definida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, moral ou patrimonial. Essa definição está presente tanto na Convenção de Belém do Pará quanto na Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, considerada um dos principais marcos legais no enfrentamento à violência de gênero no Brasil (BRASIL, 2006; ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994).

As formas de violência são múltiplas e frequentemente se sobrepõem. A violência física compreende agressões como tapas, socos, chutes, queimaduras, estrangulamentos ou uso de armas. A violência psicológica inclui humilhações, chantagens, isolamento social, ameaças e manipulação emocional. A violência sexual envolve estupro, coerção para práticas sexuais não consentidas, ou mesmo o controle da fertilidade e a negação do uso de métodos contraceptivos. Já a violência patrimonial e moral referem-se à

destruição de pertences, retenção de documentos, difamação, calúnia e desqualificação da identidade da mulher (BRASIL, 2006; OMS, 2013).

Estudos revelam que o espaço doméstico ainda é o principal cenário das agressões. Em grande parte dos casos, o agressor é um parceiro íntimo – marido, companheiro ou ex-companheiro – o que caracteriza a chamada violência por parceiro íntimo (VPI), considerada uma das formas mais prevalentes e de maior impacto sobre a saúde feminina (GARCIA-MORENO *et al.*, 2015; WHO, 2013). O ambiente doméstico, idealizado como espaço de proteção, muitas vezes transforma-se em lugar de medo e controle, o que dificulta a denúncia e a ruptura do ciclo da violência (SCHRAIBER *et al.*, 2017).

Esse ciclo da violência é composto por três fases: (1) aumento da tensão, (2) explosão ou agressão propriamente dita e (3) reconciliação, também chamada de “lua de mel” (DINIZ *et al.*, 2020). Essa dinâmica cria uma armadilha emocional que leva muitas mulheres a permanecerem em relações abusivas por anos, especialmente quando há filhos, dependência econômica, medo de represálias ou falta de apoio familiar e institucional (VIANA *et al.*, 2020).

Apesar dos números elevados, a subnotificação continua sendo um dos maiores obstáculos para o enfrentamento efetivo da violência. Estima-se que menos da metade das mulheres vítimas buscam ajuda em serviços de saúde, segurança ou instituições públicas (IBGE, 2020; BRASIL, 2022). Entre os motivos mais citados estão o medo do agressor, a vergonha, a culpabilização da vítima e a descrença na efetividade da rede de proteção (UNITED NATIONS WOMEN, 2020). Muitas mulheres, inclusive, não reconhecem o que sofrem como violência, sobretudo nos casos de abuso emocional ou psicológico (SCHRAIBER *et al.*, 2017).

A tecnologia, embora tenha se tornado ferramenta importante de denúncia, também ampliou os modos de agressão. O assédio virtual, o controle por aplicativos, a exposição de imagens íntimas sem consentimento e a vigilância digital representam formas contemporâneas de violência que ainda carecem de respostas efetivas do sistema de justiça e saúde (SOUZA & COSTA, 2022; OMS, 2021).

Portanto, compreender o panorama da violência contra a mulher exige reconhecer suas múltiplas manifestações, os mecanismos que a sustentam e as barreiras que impedem sua superação. A invisibilidade, a banalização e a culpabilização da vítima são elementos centrais dessa realidade e que demandam enfrentamento coletivo e ações institucionais firmes (OMS, 2013; CNDM, 2019).

INTERSECCIONALIDADE E VULNERABILIDADES

A violência contra a mulher não ocorre de forma homogênea. Seus impactos, a exposição ao risco e o acesso à proteção variam conforme fatores como raça, classe, território, idade, deficiência, identidade de gênero e orientação sexual. A abordagem interseccional permite compreender que essas camadas de opressão se somam e se entrelaçam, tornando algumas mulheres ainda mais vulneráveis à violência e à exclusão (SOUZA & COSTA, 2022; OMS, 2021).

Mulheres negras e indígenas são desproporcionalmente afetadas pela violência de gênero. Dados revelam que mais de 60% das vítimas de feminicídio no Brasil são mulheres negras, refletindo o racismo estrutural que atravessa as relações sociais e institucionais (CERQUEIRA *et al.*, 2021; FBSP, 2023). Muitas vivem em territórios periféricos com precária presença do Estado, enfrentando dificuldades de acesso à saúde, justiça e segurança, além do medo da cri-

minalização racializada, que inibe denúncias (IBGE, 2020; CNDM, 2019).

Outro grupo especialmente vulnerável é o das mulheres com deficiência, que enfrentam barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais nos serviços de atendimento. Estudos mostram que são mais suscetíveis a violência sexual, negligência e abusos por parte de cuidadores e familiares. Nesses casos, a dependência funcional muitas vezes é instrumentalizada como forma de controle e dominação (OMS, 2013; WHO, 2014).

As mulheres LGBTQIAPN+, especialmente mulheres trans e travestis, vivenciam índices alarmantes de violência física, simbólica e institucional. A transfobia, o estigma e a ausência de políticas públicas específicas agravam ainda mais a situação. Muitas não são reconhecidas como mulheres nos cadastros e registros oficiais, o que dificulta o acesso aos serviços e contribui para a impunidade (SOUZA & COSTA, 2022; UNITED NATIONS WOMEN, 2020).

A violência obstétrica é outro exemplo de como o sistema de saúde pode reproduzir práticas violentas. Inclui condutas autoritárias, negação da presença de acompanhantes, procedimentos invasivos sem consentimento, episiotomias desnecessárias e comentários humilhantes durante o parto. Mulheres negras, adolescentes e de baixa escolaridade estão entre as principais vítimas dessa forma de violência institucional (SILVA *et al.*, 2021; VIANA *et al.*, 2020).

Outro recorte relevante envolve adolescentes e meninas, particularmente expostas à violência sexual intrafamiliar, ao casamento precoce e à exploração. A gravidez na adolescência, muitas vezes consequência direta de abusos, tem implicações graves sobre a saúde física, mental e educacional dessas jovens (OMS, 2013; WHO *et al.*, 2013).

Esses diferentes recortes evidenciam que a violência contra a mulher é um fenômeno

estrutural, mas que se manifesta de forma ainda mais cruel em contextos de vulnerabilidade interseccional. Por isso, a resposta institucional deve ser sensível às especificidades de cada grupo, garantindo acesso equitativo à proteção e ao cuidado, com base na justiça social e nos direitos humanos (GARCIA-MORENO *et al.*, 2015; OMS, 2021).

O PAPEL DA SAÚDE NA IDENTIFICAÇÃO E NO ENFRENTAMENTO

A atuação do setor saúde no enfrentamento à violência contra a mulher é não apenas estratégica, mas obrigatória sob a ótica da integridade e da equidade. Por ser, frequentemente, o primeiro ponto de contato da vítima com os serviços públicos, o sistema de saúde tem papel fundamental na detecção precoce, no acolhimento, no registro e no encaminhamento dos casos. Além disso, contribui para a prevenção, a vigilância epidemiológica e a formulação de políticas públicas (DINIZ *et al.*, 2020; OMS, 2013).

A violência como questão de saúde pública

Historicamente, a violência contra a mulher foi tratada como um problema do foro íntimo ou uma questão social desvinculada da saúde. Contudo, a produção científica e os dados epidemiológicos evidenciam que se trata de uma grave questão de saúde pública, com impactos diretos e indiretos sobre a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres (GARCIA-MORENO *et al.*, 2015; WHO *et al.*, 2013).

Entre as principais repercussões estão: lesões físicas de diversos graus (hematomas, fraturas, queimaduras); transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e tentativas de suicídio; aumento de comportamentos de risco, incluindo uso de substâncias, automutilações e evasão

escolar ou profissional; complicações ginecológicas e obstétricas, como gravidez indesejada, abortos espontâneos, infecções sexualmente transmissíveis e dor pélvica crônica; e ainda impactos psicossomáticos duradouros, que afetam a qualidade de vida e o funcionamento social (OMS, 2013; OMS, 2021).

Dessa forma, a violência de gênero deve ocupar lugar central nas agendas de saúde pública, demandando respostas clínicas, éticas e organizacionais efetivas (WHO, 2014).

A consulta como espaço privilegiado de escuta e detecção

A atenção à saúde — tanto na atenção primária quanto nas urgências — oferece oportunidades cruciais para a identificação de situações de violência. Muitas mulheres procuram os serviços de saúde não com queixas explícitas, mas com sintomas inespecíficos, como dor abdominal crônica, cefaleia, crises de pânico ou episódios recorrentes de “acidentes” domésticos (VIANA *et al.*, 2020).

Diante disso, é essencial que o profissional de saúde esteja clínica e eticamente preparado para suspeitar e acolher. A escuta ativa, sem interrupções ou julgamentos, constitui uma ferramenta poderosa para criar um ambiente de confiança que permita à mulher falar sobre sua vivência (DINIZ *et al.*, 2020).

A abordagem deve ser empática e respeitosa, realizada com privacidade, sem culpabilizações, por meio de perguntas diretas e sensíveis, como: “Você tem se sentido ameaçada ou ferida por alguém próximo?” ou “Alguém já a machucou física ou emocionalmente?” (OMS, 2013).

Mesmo sem a confirmação da violência, o profissional deve registrar a suspeita e oferecer orientações sobre os direitos da vítima, os serviços disponíveis e canais de proteção, como o disque 180 (BRASIL, 2023).

A notificação compulsória: dever ético e legal

Desde 2011, com a publicação da Portaria nº104/2011, a notificação de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal e autoprovocada tornou-se obrigatória nos serviços de saúde (BRASIL, 2011). No caso da violência contra a mulher, essa notificação é compulsória, mesmo sem a confirmação do ato ou sem o consentimento da vítima (BRASIL, 2022).

Importante destacar que a notificação é sigilosa e de caráter epidemiológico, voltada à produção de dados para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), visando subsidiar políticas públicas e estratégias de enfrentamento (OMS, 2013).

Apesar disso, ainda há elevada taxa de subnotificação, motivada por insegurança jurídica, receio de retaliações e despreparo técnico dos profissionais, revelando lacunas na formação e no suporte institucional (DINIZ *et al.*, 2020; WHO, 2014).

Formação profissional e sensibilização institucional

Superar essas barreiras exige formação ética, técnica e política dos profissionais de saúde, com foco em aspectos legais (como a Lei Maria da Penha), comunicação empática, identificação de sinais físicos e comportamentais de agressão, conhecimento da rede de proteção e práticas de autocuidado para lidar com narrativas traumáticas (CNDM, 2019; OMS, 2013).

Além da capacitação individual, os serviços de saúde devem construir protocolos institucionais claros, com fluxos de referência e contrarreferência, mapeamento da rede local, pontos focais de acolhimento e articulação intersetorial — com CRAS, CREAS, Conselhos Tutelares e Delegacias Especializadas (VIANA *et al.*, 2020).

É essencial garantir que toda mulher, independentemente de sua origem, condição social, raça ou identidade de gênero, tenha acesso seguro e eficaz ao cuidado (WHO *et al.*, 2013; OMS, 2021).

A dimensão psicossocial do cuidado

Além do acolhimento imediato, é necessário assegurar o seguimento longitudinal das mulheres em situação de violência. A integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é fundamental, oferecendo consultas multiprofissionais (psicologia, psiquiatria, serviço social), acesso a medicamentos e inserção em grupos terapêuticos de fortalecimento (OMS, 2013).

A Atenção Primária à Saúde, por seu vínculo com o território e capacidade de construir relações de confiança, está em posição estratégica para o acompanhamento dessas mulheres. Contudo, isso depende de tempo clínico qualificado, equipe capacitada e compromisso institucional com os direitos humanos (DINIZ *et al.*, 2020; WHO, 2014).

REDE DE PROTEÇÃO E ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER

A resposta eficaz à violência contra a mulher exige mais do que ações isoladas: requer a existência de uma rede articulada, humanizada e centrada na integralidade do cuidado. Essa rede é composta por serviços das áreas da saúde, justiça, segurança pública, assistência social, educação e direitos humanos, e deve funcionar de maneira coordenada para garantir acolhimento, proteção, responsabilização do agressor e reconstrução da autonomia da vítima (BRASIL, 2011; OMS, 2013).

Princípios norteadores da rede de enfrentamento

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em articulação com o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Vi-

olência contra a Mulher, define diretrizes fundamentais para o funcionamento da rede de proteção (BRASIL, 2011; CNDM, 2019). Entre seus princípios, destacam-se:

Integralidade do cuidado: considera os múltiplos aspectos da vida da mulher — físico, psíquico, social, econômico e cultural — oferecendo suporte em todas essas dimensões (WHO *et al.*, 2013).

Intersetorialidade: articula diferentes setores para evitar a fragmentação do atendimento e garantir continuidade do cuidado (OMS, 2013).

Acolhimento humanizado e escuta qualificada: coloca a narrativa da mulher no centro, com respeito à sua autonomia e decisões, sem julgamentos (DINIZ *et al.*, 2020).

Proteção e sigilo: assegura a segurança da vítima em todos os momentos, inclusive durante a coleta de informações (UNITED NATIONS WOMEN, 2020).

Fortalecimento da autonomia feminina: promove ações que apoiem a reconstrução de projetos de vida com dignidade, liberdade e independência econômica (VIEIRA; SANTOS *et al.*, 2021).

Estrutura da rede de proteção: serviços essenciais

A rede de enfrentamento é formada por múltiplos equipamentos públicos e comunitários que, em conjunto, devem garantir o suporte integral à mulher em situação de violência (BRASIL, 2022). A seguir, os principais componentes:

a) Saúde – Responsável pela identificação precoce, cuidado clínico, apoio psicológico, notificação compulsória e encaminhamento. Atua desde a atenção básica até hospitais e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (OMS, 2013).

b) Segurança pública – As Delegacias da Mulher (DEAMs) e delegacias comuns reali-

zam o registro de ocorrências, instauram inquéritos e orientam sobre medidas protetivas. Contudo, a cobertura dessas delegacias ainda é limitada, e a formação dos agentes frequentemente carece de abordagem de gênero (FBSP, 2023).

c) Justiça e Defensoria Pública – Responsáveis pelo acesso à justiça, ações de guarda, pensão, separação e representação legal, sendo a Defensoria Pública essencial para a justiça gratuita e orientação legal (BRASIL, 2006).

d) Assistência social – Atua por meio dos CRAS, CREAS e CRAMs, oferecendo suporte psicossocial, abrigo, acesso a programas de renda e reinserção comunitária (BRASIL, 2011; OMS, 2021).

e) Casas da Mulher Brasileira – Integram em um único espaço físico os serviços de saúde, justiça, segurança e assistência. São um avanço importante, mas sua presença ainda está restrita às capitais e grandes cidades (CNDM, 2019).

f) Abrigos e casas de passagem – Oferecem moradia segura e temporária a mulheres em risco iminente de morte, muitas vezes acolhendo também seus filhos (WHO, 2014).

Fragilidades e desafios da rede

Apesar dos avanços, a rede enfrenta desafios estruturais e operacionais importantes. A desigualdade territorial é um dos mais relevantes: em áreas rurais e periféricas, os serviços são escassos ou inexistentes (SOUZA; COSTA, 2022). A falta de integração entre os setores leva à revitimização e à descontinuidade do cuidado (GARCIA-MORENO *et al.*, 2015).

Além disso, a capacitação insuficiente das equipes faz com que muitos profissionais minimizem os relatos ou culpabilizem a vítima (DINIZ *et al.*, 2020). A burocratização dos fluxos, aliada à desinformação, dificulta o acesso da mulher à rede. Por fim, a ausência de monitoramento e avaliação contínua compromete a efetividade das ações (WHO *et al.*, 2013).

Caminhos para o fortalecimento da rede

Para superar tais fragilidades, é necessário garantir a presença territorial da rede, com expansão e interiorização dos serviços (BRASIL, 2022). A formação continuada das equipes deve ser uma prioridade, abrangendo temas como gênero, raça, direitos humanos e protocolos de atendimento (OMS, 2021).

A criação de sistemas informatizados integrados pode otimizar o fluxo de informações e possibilitar o acompanhamento longitudinal das vítimas (UNITED NATIONS WOMEN, 2020). A oferta de serviços de saúde mental, reabilitação física e reinserção social também precisa ser ampliada, especialmente nos casos de violência crônica.

Além disso, é fundamental estimular a participação comunitária, com o envolvimento de lideranças locais, coletivos de mulheres e organizações da sociedade civil (SOUZA & COSTA, 2022). As ações de prevenção, por sua vez, devem incluir projetos educativos em escolas e campanhas públicas que envolvam homens e adolescentes, abordando masculinidades e equidade de gênero (WHO, 2014).

A rede como um compromisso ético e político

A rede de enfrentamento à violência contra a mulher deve ser entendida como uma estrutura ética, política e social de cuidado, e não apenas como um conjunto de instituições. Cada profissional e setor envolvido tem o dever de garantir acolhimento digno, escuta respeitosa, proteção efetiva e reparação simbólica (CNDM, 2019; WHO *et al.*, 2013).

A atenção integral à mulher em situação de violência não é um favor estatal, mas sim a concretização de um direito humano fundamental, assegurado por marcos legais e normativos nacionais e internacionais (BRASIL, 2006; ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994).

POLÍTICAS PÚBLICAS E DESAFIOS ATUAIS

A formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil tem avançado significativamente nas últimas décadas. Esses avanços são fruto da mobilização de movimentos feministas, da atuação de organizações da sociedade civil e do reconhecimento da violência de gênero como um grave problema de saúde pública e violação de direitos humanos (BRASIL, 2011; CEDAW, 1979; ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994). Ainda assim, a efetividade dessas políticas enfrenta desafios profundos e multifatoriais, exigindo ações estruturantes, continuidade administrativa e compromisso político permanente (SANTOS & GONÇALVES, 2021).

Marcos legais e institucionais

O arcabouço normativo brasileiro sobre o tema é robusto e multifacetado. A Constituição Federal de 1988 estabelece os fundamentos da dignidade da pessoa humana, da igualdade entre homens e mulheres e da proteção dos direitos fundamentais, sendo o alicerce jurídico para a formulação de políticas de enfrentamento à violência baseada em gênero (BRASIL, 1988).

A Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha, reconhecida internacionalmente como uma das legislações mais avançadas em matéria de violência doméstica, define as diversas formas de violência, cria medidas protetivas, incentiva a articulação intersetorial e estabelece mecanismos para responsabilização do agressor (BRASIL, 2006; ONU MULHERES, 2021).

A Lei nº 13.104/2015, conhecida como Lei do Feminicídio, introduz o feminicídio como qualificadora do crime de homicídio, apontando a motivação de gênero como circunstância agravante, o que demanda respostas mais efetivas do sistema de justiça (BRASIL, 2015).

Além das legislações nacionais, o Brasil é signatário de tratados internacionais relevantes, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979) e a Convenção Interamericana de Belém do Pará (1994), que fortalecem a responsabilização dos Estados na erradicação da violência de gênero (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994).

Avanços institucionais

No plano institucional, diversas iniciativas ampliaram a estrutura estatal para acolhimento e enfrentamento à violência contra a mulher. Foram criadas secretarias e coordenadorias da mulher nos âmbitos federal, estadual e municipal, com a função de planejar, executar e monitorar políticas públicas específicas (BRASIL, 2011).

As Casas da Mulher Brasileira representam um marco importante, ao reunirem em um único espaço serviços de saúde, assistência social, segurança pública, apoio jurídico e promoção da autonomia econômica (BRASIL, 2022). Ainda que presentes apenas em algumas capitais, sua proposta serve de modelo para a articulação intersetorial.

Houve também o fortalecimento das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Defensorias Públicas com núcleos de gênero e Juizados de Violência Doméstica, ampliando o acesso à justiça e à proteção legal (SOUZA *et al.*, 2021).

Campanhas públicas, o desenvolvimento de aplicativos de denúncia, como o "Proteja-se", e canais como a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 contribuíram para dar visibilidade ao tema e ampliar o acesso à informação e à denúncia (ONU MULHERES, 2021).

Retrocessos, lacunas e entraves atuais

Apesar dos avanços, o cenário contemporâneo também é marcado por retrocessos e de-

safios persistentes. O subfinanciamento das políticas públicas de gênero tem sido recorrente nos últimos anos, com cortes orçamentários e descontinuidade de programas estratégicos, o que fragiliza a capilaridade e a efetividade da rede (FBSP, 2023).

A interiorização insuficiente das políticas deixa comunidades rurais, ribeirinhas e povos tradicionais sem acesso aos serviços de proteção, reforçando desigualdades territoriais e estruturais (VIANA *et al.*, 2020).

Outro entrave é a fragmentação das ações intersetoriais, que compromete a continuidade do cuidado e a proteção efetiva da mulher. Em muitos casos, as instituições não compartilham informações nem constroem fluxos integrados de atendimento (DINIZ *et al.*, 2020).

As mulheres também enfrentam estigmatização institucional, com relatos frequentes de escuta desqualificada, culpabilização e minimização da violência nos atendimentos — especialmente nos serviços de segurança pública (GARCIA-MORENO *et al.*, 2015).

Por fim, a falta de dados sistematizados e de monitoramento contínuo compromete a avaliação das políticas e o planejamento estratégico, enquanto o ambiente político instável e conservador dificulta avanços e ameaça direitos já conquistados (SANTOS & GONÇALVES, 2021).

Perspectivas e compromissos futuros

A construção de uma política pública efetiva e sustentável exige a valorização institucional da pauta, com financiamento adequado, planejamento de longo prazo e ampla participação social (BRASIL, 2022).

Entre as ações prioritárias estão:

A expansão territorial da rede, priorizando regiões de alta vulnerabilidade social e com histórico de baixa cobertura;

A formação continuada de profissionais, com abordagem interseccional e foco em gênero, raça e direitos humanos (OMS, 2021);

A revisão de fluxos de atendimento, com protocolos centrados na experiência e na autonomia da mulher;

O uso de tecnologias digitais, para facilitar denúncias, garantir o monitoramento das medidas protetivas e permitir o acompanhamento em tempo real (UNITED NATIONS WOMEN, 2020);

A ampliação de ações preventivas, sobretudo na educação básica, com envolvimento de meninos e homens na desconstrução da cultura machista e promoção da equidade (WHO, 2014).

Mais do que elaborar novas leis, é fundamental assegurar a implementação efetiva das que já existem, com fiscalização, monitoramento e responsabilização do Estado por eventuais omissões. O enfrentamento à violência contra a mulher deve ser entendido como um compromisso ético e político permanente, que requer vigilância ativa da sociedade civil e investimento contínuo em justiça social (ONU MULHERES, 2021; CNDM, 2019).

A violência contra a mulher permanece como um grave problema estrutural, sustentado por desigualdades sociais, culturais e institucionais que a tornam persistente, multifacetada e frequentemente invisibilizada (SANTOS & GONÇALVES, 2021; GARCIA-MORENO *et al.*, 2015). Ainda que o Brasil tenha avançado na construção de marcos legais e de uma rede intersetorial de proteção, os desafios de transformar a realidade cotidiana de milhões de mulheres seguem imensos, exigindo compromisso contínuo, recursos estruturais e ações articuladas em diferentes esferas (ONU MULHERES, 2021).

É essencial que a sociedade como um todo — e especialmente os profissionais da saúde,

justiça, assistência social e segurança pública — reconheça a violência de gênero como uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública (WHO, 2014; BRASIL, 2011). A atenção integral à mulher não pode se restringir ao atendimento pontual, devendo ser incorporada como uma prática ética permanente, sustentada por escuta qualificada, acolhimento empático, proteção efetiva e respeito incondicional à autonomia das vítimas (OMS, 2021).

O enfrentamento da violência contra a mulher requer o rompimento com a cultura do silêncio, da culpabilização da vítima e da naturalização da violência, ainda enraizadas no imaginário coletivo e nas práticas institucionais (DINIZ *et al.*, 2020; FBSP, 2023). Isso implica

investir em políticas públicas efetivas, formação profissional crítica, fortalecimento das redes locais de apoio, e principalmente, fomentar a participação ativa das mulheres na formulação e fiscalização dessas políticas (CNDM, 2019).

Mais do que punir, o enfrentamento exige transformar: transformar dor em cuidado, invisibilidade em visibilidade, e violência em justiça. Para isso, a atuação intersetorial deve ser guiada por princípios de humanização, equidade, justiça social e evidências científicas (UNITED NATIONS WOMEN, 2020). Somente com esse compromisso ético, político e coletivo será possível garantir que a violência contra a mulher deixe de ser um destino silencioso e passe a ser um problema combatido com coragem, conhecimento e solidariedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso 22/03/2025.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm. Acesso 22/03/2025.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o Código Penal para incluir o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm. Acesso 22/03/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso 22/03/2025.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: MMFDH, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>. Acesso 22/03/2025.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Relatório Anual da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. Brasília: MMFDH, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/balanco-ligue-180-violencia-domestica-e-familiar-e-a-mais-recorrente>. Acesso 22/03/2025.

CEDAW. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1979. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>. Acesso 22/03/2025.

CERQUEIRA, D.; SILVA, B. M. *et al.* Atlas da Violência 2021. Rio de Janeiro: IPEA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021.

CNDM. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: CNDM, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/conselho>. Acesso 22/03/2025.

DINIZ, N. M. F. *et al.* Acolhimento e enfrentamento da violência contra a mulher na atenção básica à saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 41, p. e20190164, 2020.

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023. São Paulo: FBSP, 2023.

GARCIA-MORENO, C. *et al.* Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: violência e acidentes. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Acesso 22/03/2025.

ONU MULHERES. Entendendo o Feminicídio: perguntas e respostas. Brasília: ONU Mulheres Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/>. Acesso 22/03/2025.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará. 1994. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencaobelem1994.pdf>. Acesso 22/03/2025.

SANTOS, M. S.; GONÇALVES, L. T. Retrocessos nas políticas de enfrentamento à violência contra a mulher no Brasil contemporâneo. Cadernos de Gênero e Diversidade, v. 7, n. 3, p. 27–45, 2021.

SCHRAIBER, *et al.*, I. Violência interpessoal e saúde: contribuições para a reflexão no campo da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 113–118, 2017.

SILVA, M. S. *et al.* Violência obstétrica: reflexões sobre a atuação profissional nos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 129, p. 1128–1140, 2021.

SOUZA, M. L.; COSTA, R. S. Interseccionalidade e políticas públicas: enfrentamento da violência contra mulheres negras e LGBTQIAPN+. *Revista Estudos Feministas*, v. 30, n. 1, p. 1–15, 2022.

UNITED NATIONS WOMEN. Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN Women, 2020. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018>. Acesso em: 22/03/2025.

VIANA, W. S. *et al.* Acesso à atenção integral à saúde para mulheres em situação de violência doméstica em municípios da Amazônia Legal. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 1064–1077, 2020.

WHO – World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112325/WHO_RHR_14.11_eng.pdf. Acesso 22/03/2025.

WHO *et al.* Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf. Acesso 22/03/2025.