

O Papel dos Profissionais do SUS no Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência

The Role of SUS Professionals in Caring for Women Victims of Violence

Joel Hugo Poloni¹, Paulo Artur Malvasi¹

Resumo

Mulheres vítimas de violência são atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS, mas podem ser encaminhadas para outros serviços, cada um regido por uma política pública específica. Mulheres em situação de pobreza estão mais suscetíveis a sofrer violência em suas diferentes formas. A maior parte dos casos são atendidos por diferentes profissionais que integram Núcleos de Prevenção à Violência. Existe a necessidade de desenvolver um trabalho com apoio intersetorial, a qualificação do atendimento depende da efetividade dos encaminhamentos realizados, conforme a complexidade das demandas apresentadas, tornando essencial a interação entre os serviços de uma mesma política pública ou para outros setores. Foi analisado artigos sobre o atendimento a mulheres vítimas de violência em situação de pobreza, bem como explorou a intersetorialidade envolvida. Para tanto, adotou-se uma leitura crítica de artigos com essas temáticas. Conclui-se que a intersetorialidade se revela uma importante ferramenta no atendimento a mulheres vítimas de violência atendidas pelo SUS, ampliando de maneira significativa os cuidados oferecidos. Para tanto, é essencial que, independentemente do campo de atuação, os profissionais estejam

preparados para identificar mulheres vítimas de violência e encaminhá-las adequadamente aos serviços necessários.

Palavras-chave: Pobreza; Mulheres, Violência, Intersetorialidade.

Abstract

Women victims of violence are treated by the Unified Health System (SUS), but they can be referred to other services, each governed by a specific public policy. Women living in poverty are more susceptible to violence in its various forms. Most cases are treated by different professionals who are part of Violence Prevention Centers. There is a need for intersectoral support; the quality of care depends on the effectiveness of referrals made, depending on the complexity of the needs presented, making interaction between services within the same public policy or with other sectors essential. Articles on care for women victims of violence in poverty were analyzed, as well as the intersectoral approach involved. To this end, a critical reading of articles on these topics was adopted. The conclusion is that intersectoral support proves to be an important tool in serving women victims of violence served by the SUS, significantly expanding the care offered. To this end, it is essential that, regardless of the field of activity, professionals are prepared to identify women who are victims of violence and refer them appropriately to the necessary services.

Keywords: Poverty; Women, Violence, Intersectorality

1. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, SP-Brasil

Trabalho realizado: Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, SP- Brasil.

Autor correspondente: Joel Hugo Poloni
Av. Profa. Virgília Rodrigues Alves de Carvalho
Pinto 57, Jardim Leonor Mendes de Barros, São Paulo - SP Brasil. CEP 02346-000.
E-mail: jh.poloni@gmail.com

Introdução

O artigo é decorrente da criação de um projeto de pesquisa para doutorado em Saúde Coletiva. Para tanto, adotou-se uma leitura crítica de artigos com as seguintes temáticas: Mulheres, Violência, Pobreza e Intersetorialidade. Originando um artigo descritivo, que é um tipo de texto que busca apresentar informações sobre determinados fenômenos ou situações.

Mulheres vítimas de violência são atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS, mas podem ser direcionadas para outros serviços, cada um regido por uma política pública específica. Existem estudos que investigam os impactos das políticas de transferência de renda, que é um benefício da assistência social, no enfrentamento da violência sofrida por mulheres em situação de pobreza, por acarretar diferentes agravos ⁽¹⁾. A saúde mental está intrinsicamente relacionada ao bem-estar do indivíduo, sendo decorrente de fatores psicológicos, sociais e ambientais. Conforme disposto, a pobreza e suas decorrências podem afetar o bem-estar de indivíduos e estudos consolidam que pessoas do gênero feminino, baixa escolaridade e menor renda familiar apresentam índices de estresse mais elevados ^(2,3). Por fim, um ambiente familiar desfavorável, como, violência e negligência, são fatores de risco para estabelecer psicopatologias ⁽⁴⁾.

Mulheres em situação de pobreza estão mais suscetíveis a sofrer violência em suas diferentes formas, as quais, conforme Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), são classificadas como abuso contra a mulher nas seguintes categorias: violência patrimonial, violência sexual, violência física, violência moral e violência psicológica ⁽⁵⁾. A violência contra a mulher pode ser reconhecida como uma experiência radical, perpassada a negação da condição humana, rejeitar, desvalorizar sentimentos e pensamentos, além de expor o outro ao risco de existência enquanto cidadão de direitos ⁽⁶⁾. A violência se apresenta sob muitas formas, como estupro, assassinatos, crimes de guerra, prostituição forçada, abuso de meninas, tráfico de mulheres, mutilação genital e outras formas de agressão.

No ambiente doméstico, a violência é, na maioria das vezes, perpetrada pelo parceiro, ex-parceiro, familiares ou pessoas conhecidas, repete-se em ciclos. A maior parte dos casos são atendidos em serviços de saúde por diferentes profissionais ou equipes especializadas, como aquelas que integram Núcleos de Prevenção à Violência (NPV). Destacando a necessidade de

desenvolver um trabalho com apoio intersetorial. Ou seja, a qualificação do atendimento também depende da efetividade dos encaminhamentos realizados, conforme a complexidade das demandas apresentadas.

Metodologia

Buscou analisar criticamente artigos com a temática de atendimento a mulheres vítimas de violência em situação de pobreza no âmbito da saúde, bem como explorar a intersetorialidade envolvida nesses atendimentos. A leitura é decorrente da criação de um projeto de pesquisa para doutorado em Saúde Coletiva. Para tanto, adotou-se uma leitura crítica de artigos com essas temáticas, visando a criação de um artigo descritivo, que é um tipo de texto que busca apresentar informações sobre determinados fenômenos ou situações. Observou-se os possíveis encaminhamentos intersetoriais dentro da rede da saúde, rede da assistência social, rede de apoio à mulher, centro de referência dos direitos humanos, Ministério Público, Delegacia de Atendimento à Mulher, Defensoria Pública, entre outras temáticas comumente discutidas nos artigos. A leitura crítica foi realizada após pesquisa de artigos com os seguintes eixos temáticos: violência, pobreza, mulher, saúde, Núcleo de Proteção contra a Violência – NPV.

Foram utilizadas as plataformas Google Acadêmica, SciELO e The Lancet para obtenção de artigos com as temáticas propostas para leitura. Foram obtidos: SciELO: 36 resultados; Google Acadêmica: 365 resultados; The Lancet: 1670 resultados. Desses, 19 artigos foram selecionados para leitura, a fim de subsidiar as discussões sobre as temáticas propostas para serem trabalhadas no projeto de pesquisa e posteriormente neste artigo.

Análise dos Resultados

O que é pobreza?

O conceito de pobreza é complexo e pode ser estudado sob diversos pontos de vista. Sua definição é importante, pois possibilita uma visão mais ampliada sobre esse fenômeno. Existem diferentes abordagens que buscam descrever a pobreza: pobreza como juízo de valor, pobreza relativa, pobreza absoluta e pobreza relativa/absoluta. A conceituação e a descrição dessas abordagens procuram delinear as principais correntes que explicam esse fenômeno.

Há uma crescente disparidade de renda no mundo ⁽⁷⁾, a pobreza dividiu a humanidade em duas partes, aqueles com acesso a empregos e bens, e os pobres, que vivem à margem do progresso, tendo seu direito ao desenvolvimento violado. Há diversas definições de pobreza, que vão desde uma visão economicista até uma compreensão mais ampla, que define como a não satisfação de necessidades básicas ou a incapacidade de alcançar um padrão de vida mínimo ⁽⁷⁾.

O senso comum muitas vezes define a pobreza como uma condição adversa decorrente de fatores individuais, como preguiça, falta de ambição para vencer na vida, conformismo diante de situações adversas. Essa perspectiva sugere que a mudança da situação depende apenas da vontade da pessoa. Entretanto, a pobreza pode ser compreendida como um “juízo de valor” quando vista de forma subjetiva e abstrata, como se houvesse uma receita normativa para seu enfrentamento. Essa visão é inadequada, pois a pobreza é uma condição social concreta, objetivamente identificável e caracterizada pela falta de recursos ^(8,9).

A pobreza relativa é descrita como desigualdade na distribuição de renda, na qual os pobres são situados na camada inferior dessa distribuição, quando comparados aos mais favorecidos. Ela leva em consideração a renda per capita da população e as possibilidades de acesso a condições favoráveis de vida ⁽⁸⁾. A pobreza relativa é determinada pelo padrão de vida vigente na sociedade, sendo que os pobres enfrentam maiores privações e sofrem com as desigualdades na distribuição de renda ⁽⁹⁾. Já a pobreza absoluta se baseia na fixação de padrões mínimos para a satisfação de necessidades básicas, conhecida como linha da pobreza, que determina a porcentagem da população que se encontra abaixo desse nível ⁽⁸⁾. O padrão mínimo de vida, considerando aspectos como nutrição, moradia e vestuário, é geralmente avaliado com base nos preços dos bens essenciais, sendo calculada a renda necessária para custeá-los ⁽⁹⁾. Esse padrão é influenciado pelos valores e convenções sociais, variando de acordo com a natureza da sociedade ⁽⁸⁾.

Quanto à abordagem relativa/absoluta, essa abordagem relativa não estabelece um ponto fixo no qual a pobreza deixaria de existir, levando ao desenvolvimento da abordagem relativa/absoluta ⁽⁸⁾. Nesse modelo, calcula-se a renda per capita de segmentos da população (abordagem relativa), enquanto a linha da pobreza é definida como metade da renda per

capita média do país (abordagem absoluta). Essa metodologia permite a redução da pobreza conforme aumenta a renda média da sociedade, uma vez que a linha da pobreza relativa também se eleva, podendo diminuir caso a distribuição de renda se torne mais equitativa ⁽⁹⁾.

Dentre as diferentes concepções sobre a pobreza, destaca-se o enfoque multidimensional, que propõe uma visão abrangente e atualizada do fenômeno. A pobreza como um fenômeno causado por múltiplos fatores, não sendo viável uma explicação simplista. Embora seja frequentemente associada ao subdesenvolvimento de países do terceiro mundo, é sabido que até mesmo nações desenvolvidas têm registrado um crescimento na pobreza. É essencial considerar fatores além da renda, levando à formulação do conceito multidimensional da pobreza ⁽¹⁰⁾. Dessa forma, concluem que a pobreza é um fenômeno complexo que envolve não apenas a privação material, mas também a falta de voz, poder e autonomia dos pobres, sujeitando-os à exploração, à vulnerabilidade, à propensão à doença, à precariedade da infraestrutura básica e à escassez de ativos físicos, humanos, sociais e ambientais ⁽⁸⁾.

Em um estudo que analisa artigos acadêmicos sobre as intersecções entre pobreza, raça e gênero, a pobreza é um aspecto histórico da sociedade brasileira cuja compreensão exige uma análise interseccional ⁽¹¹⁾. Há fortes relações entre pobreza, raça e gênero, que se sobrepõem e influenciam a vida das mulheres que enfrentam múltiplos marcadores de desigualdade social, como baixos níveis de renda e educação. Essa realidade torna essas mulheres mais vulneráveis a diferentes formas de violência, especialmente quando vivem em situação de pobreza.

A violência

A violência representa um problema histórico, social e de saúde, com magnitude mundial, que envolve muitos elementos e estruturas que corroboram para sua perpetuação, como a desigualdade social, a disparidade de gênero e as deficiências nas políticas públicas. A violência está diluída na sociedade, sendo polimorfa, multifacetada e apresenta diversas manifestações que se interligam, interagem, realimentam-se e se fortalecem ⁽¹²⁾. Especificamente sobre violência contra a mulher, historicamente, ocorreu de diferentes maneiras ⁽¹³⁾. Conforme a cultura em

que estavam inseridas, as mulheres atuavam em um papel de subordinação, o que resultava em diferentes papéis para os sexos masculinos e femininos. Ao escrever sobre mulheres vítimas de violência, torna-se indissociável a interseccionalidade de diferentes marcadores sociais da desigualdade, como gênero, raça e classe, sendo uma importante ferramenta para entendermos e explicarmos a complexidade da vida humana. A categoria “mulher” deve ser compreendida em articulação com diferentes marcadores sociais da diferença, visando compreensão mais aprofundada das experiências concretas dos sujeitos ⁽¹⁴⁾.

Historicamente, as mulheres viveram à margem da sociedade. Mesmo com avanços consistentes em diferentes âmbitos, elas continuam mais vulneráveis às diferentes faces da violência. Em uma pesquisa sobre experiências vividas por homens jovens em relação às desigualdades sociais que assolam seu cotidiano, apresenta que, dos doze jovens que responderam à pesquisa, sete tinham suas famílias chefiadas por mulheres e recebiam auxílios do Estado via Programa Bolsa Família ⁽¹⁵⁾. Constatou-se que ser pobre e morador periférico eram condições que potencializavam violações de direitos, como participação social, acesso a diferentes locais da cidade e cuidados em saúde, revelando a perpetuação de múltiplas desigualdades, além de vivências recorrentes de criminalidade e violências. Entre as diversas formas de violência existentes, a agressão praticada contra a mulher tornou-se um grave problema de saúde pública. A violência de gênero é um fenômeno que envolve diferentes situações do cotidiano das pessoas e está relacionada a aspectos subjetivos dos indivíduos que a protagonizam. Dessa forma, suas histórias de vida propiciam dinâmicas próprias ⁽¹³⁾.

Em um texto sobre marcadores sociais da diferença e da interseccionalidade para compreensões de cuidado, saúde e vulnerabilidade, no Brasil as desigualdades de gênero foram historicamente construídas e estão indissociáveis da noção de cidadania ⁽¹⁴⁾. As mulheres não possuíam direitos, eram comumente exploradas e estavam mais suscetíveis à violência, que ainda permeia o cotidiano de muitas delas, inclusive em situações de pobreza. No Brasil, de acordo com uma pesquisa de base populacional realizada em 2010, 40% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência praticada por parceiro íntimo ⁽¹⁶⁾. Em uma pesquisa realizada em 19 serviços no ano de 2007 na Grande São Paulo, com 3.193 mulheres de 15 a 49 anos de

idade, 76% delas referiram ter sofrido algum tipo de violência, sendo 68,9% psicológica, 49,6% física, 54,8% física e/ou sexual, e 26% exclusivamente sexual ⁽¹⁷⁾.

Mulheres em situação de pobreza estão mais vulneráveis a agravos em saúde física e mental, sendo recorrente a incidência de violência. A prevalência de violência é alta em todo o mundo. Sabe-se que a violência doméstica de gênero é uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública ⁽¹⁶⁾. Existem diversas evidências sobre a relação entre pobreza e violência. A pobreza não explica a violência, mas torna o campo propício para seu desenvolvimento, devido às grandes desigualdades e à falta de garantias mínimas de sobrevivência. A renda também é um fator de proteção contra a violência.

A violência é um fenômeno que ocorre desde os primórdios da humanidade, oriunda de relações desiguais, geralmente materializadas contra nações, segmentos populacionais ou pessoas que se encontram em alguma desvantagem física, econômica, cultural ou emocional ⁽¹⁸⁾. Já a violência realizada por parceiro íntimo é bastante comum em diversas culturas. A compreensão desse complexo fenômeno da violência conjugal, familiar e doméstica deve considerar fatores, como pobreza, violência, gênero, nível de escolaridade e status ocupacional das mulheres vitimadas. A violência de gênero fundamenta-se, principalmente, nas relações de posse relacionadas ao poder patriarcal, sobretudo na expressão de poder do homem que impõe sua necessidade de subordinação à mulher ⁽¹⁸⁾.

Sistema Único de Saúde e o atendimento a vítimas de violência

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação. Está inserido na Constituição Federal, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativa ⁽¹⁾. Tais princípios e diretrizes foram forjados no interior de um processo de luta travado em conjunto pelos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, desde o final dos anos setenta. Conforme a Constituição criou o SUS, mas sua implementação ocorreu em um contexto político distinto do imaginado pelo movimento sanitário. No cenário internacional, crescia a difusão do ideário neoliberal, com as propostas de redução da atuação do Estado em vários setores, inclusive na saúde. No cenário nacional, o restabelecimento das eleições diretas levou à

presidência governos que efetivamente incorporavam o ideário de redução da atuação do Estado ⁽¹⁹⁾.

Com o fortalecimento das políticas públicas garantidas como direitos pela Constituição Federal de 1988, conquistada após longos anos de ditadura, o SUS nasceu nos primeiros anos de democracia brasileira. O SUS foi instituído no Brasil em 1988, com a promulgação da Constituição Federal da República Federativa do Brasil. A Constituição reconhece a saúde como um direito social e estabelece que o Estado tem o dever de garantir esse direito por meio de políticas sociais e econômicas. A lei de criação do SUS, a Lei nº 8080, foi regulamentada dois anos mais tarde, em 19 de setembro de 1990, data em que celebra o aniversário do SUS. O fato é que o SUS foi implantado, mas ainda não estava consolidado. É nesse cenário de implementação e fortalecimento, para ser consolidado como política pública de saúde e posteriormente se tornar referência mundial, que o SUS se desenvolve, apresentando-se como um sistema maleável, capaz de acolher demandas focadas por uma agenda global, como a violência contra a mulher. No contexto de fortalecimento e consolidação do SUS, a temática da violência na sociedade brasileira passou a ser debatida publicamente, impulsionada pelo processo de democratização do país, que trouxe abertura para novos diálogos ⁽²⁰⁾.

Transcorrem anos de esforço na produção de conhecimento, sistematização de práticas, institucionalização de políticas e normas, além da necessidade de formação de trabalhadores e da reconstrução de diálogo com a sociedade e suas demandas. É nesse espaço de avanços e retrocessos que a promoção da saúde do SUS buscou respostas efetivas a problemas sociais complexos. O fenômeno violência entrou em evidência no setor da saúde do Brasil em 2001, quando o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), assim como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004 ⁽²¹⁾.

Diante disso, a agressão contra a população feminina foi reconhecida em 1993 pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁽²²⁾ como uma questão de saúde pública, devido às consequências geradas para a saúde da mulher, da família e da comunidade. Desta forma, é essencial que os serviços de saúde acolham e acompanhem vítimas de violência. Especificamente sobre mulheres, em pesquisa realizada com usuárias do SUS, de 15 a 49 anos,

no município de São Paulo, identificaram uma prevalência de violência foi de 59,8%. No Brasil, grande parte das mulheres vítimas de violência é atendida nos serviços de saúde, onde profissionais prestam assistência a essas mulheres ⁽²³⁾. A violência afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; impõe novos desafios ao atendimento médico e aos serviços de saúde, e evidencia a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada para sua prevenção e tratamento ⁽²¹⁾.

No entanto, essa temática ainda é recente na área do conhecimento e das práticas do setor da saúde. Diante dessa complexidade, os profissionais de saúde realizam a notificação e acompanham os casos, contribuindo para mudanças significativas na atenção integral à saúde desse grupo em situação de vulnerabilidade. Mulheres vítimas de violência devem ser atendidas e acompanhadas por Equipes de Núcleo de Prevenção à Violência (NPV) ⁽²⁴⁾. Por meio da Portaria Secretaria Municipal da Saúde (SMS) nº 1.300, de 14 de julho de 2015, foram criados os Núcleos de Prevenção à Violência dentro da rede municipal de Saúde de São Paulo. Os NPV são constituídos por pelo menos quatro profissionais dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros equipamentos da rede municipal. Concomitantemente, destaca que a violência contra crianças e adolescentes, contra a mulher e contra a pessoa idosa teve prioridade na agenda de saúde. Recentemente, mulheres vítimas de violência adquiriram o direito a salas de acolhimento exclusivas nos serviços de saúde conveniados ou próprios do SUS, conforme previsto na Lei 14.847, de 2024, sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva ⁽²¹⁾.

A intersetorialidade no atendimento a mulheres vítimas de violência.

Inicialmente, destaca-se que a violência pode ser compreendida como um fenômeno que perpassa todo o ordenamento social, como no âmbito político, econômico, cultural, educacional, policial e étnico-racial. Além disso, manifesta-se nas relações interpessoais, como no contexto familiar, doméstico, físico, sexual, psicológico, moral e simbólica, entre outros ⁽¹⁸⁾. Existem fatores que contribuem para uma maior incidência de violência contra a mulher. Conforme disposto, a violência se perpetua entre mulheres desempregadas e em situação

de pobreza. A pobreza é uma condição que potencializa violações de acesso a direitos sociais, perpetuando historicamente desigualdades vividas por mulheres pobres ⁽²⁵⁾.

Mulheres em situação de pobreza que sofrem violência são, frequentemente, atendidas nos serviços de saúde devido à gratuidade desses serviços e estarem referenciados no território de moradia. Paralelamente, essas vítimas também podem ser encaminhadas para outros serviços, dentro ou fora do âmbito da saúde. Dentre eles, existem a rede da saúde, rede da assistência social, rede de apoio à mulher, centro de referência dos direitos humanos, Ministério Público, Delegacia de Atendimento à Mulher, Defensoria Pública etc. Para efeitos de exemplo, dentre as possibilidades de orientações e encaminhamentos, que podem potencializar os atendimentos a vítimas de violência em situação de pobreza. Existem o encaminhamento para pleitear e ser contemplado por Política de Transferência de Renda (PTR), que levam em consideração o fator pobreza. A pobreza constitui um fator de risco para o desenvolvimento de doenças físicas e mentais, além de expor as mulheres a maiores vulnerabilidades ⁽²⁶⁾.

A intersectorialidade revela-se uma importante ferramenta no atendimento a mulheres vítimas de violência atendidas pelo SUS, ampliando de maneira significativa os cuidados oferecidos no âmbito da saúde. Para tanto, é essencial que, independentemente do campo de atuação, os profissionais estejam preparados para identificar mulheres vítimas de violência e encaminhá-las adequadamente aos serviços necessários. Intervenções eficazes contribuem para o fortalecimento de mulheres e para o combate à violência, pois tais demandas costumam extrapolar a capacidade de resolutividade de um único setor, evidenciando a necessidade de uma articulação bem estruturada ⁽²⁷⁾. Dando amplitude ao tema, a intersectorialidade é um movimento de superação de práticas profissionais fragmentadas, sendo fundamental para assegurar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos ⁽²⁸⁾. Contudo, para sua efetivação, torna-se imprescindível a qualificação dos profissionais, o conhecimento sobre a rede de serviços e a possibilidade de encaminhamento adequado, a fim de garantir um atendimento de forma integral as mulheres ⁽²⁷⁾.

Discussão

Atualmente vivemos em uma sociedade capitalista, mas o hábito de obter bens materiais ou simbólicos acompanha o ser humano ao longo da história e em diferentes sociedades. A violência contra as mulheres tem relação, em muitas sociedades, inclusive a brasileira, com a visão de que a mulher é um patrimônio pessoal do homem, que, em muitos momentos, pode ser defendido por meio da violência, que é perpetrada, em sua maioria, pelos próprios companheiros e ex-companheiros dessas mulheres, se agravando quando as vítimas estão em situação de pobreza ⁽²⁹⁾.

Desta forma, existem muitos desafios encontrados pelos profissionais dos serviços de saúde que atuam especificamente em equipes de NPV e no atendimento direto às vítimas de violência, com ênfase as mulheres em situação de pobreza, sendo a pobreza um fator preponderante para maiores vulnerabilidades enfrentadas com mulheres. A intersectorialidade envolvida nos atendimentos, é um mecanismo que pode ampliar os cuidados, pois violência é um problema que requer esforços intersectoriais para combatê-la, com ações em saúde, ações educativas, jurídicas e sociais que promovem melhor proteção às vítimas.

Freud estudou as implicações da exclusão social e da opressão sobre as mulheres no início do século XX, bem como os impactos dessas em sua saúde mental. Apesar das grandes mudanças sociais e o advento de direitos e inclusão social das mulheres em diversos âmbitos - conquistas fruto de muita luta e do movimento feminista -, a violência continua se perpetuando. Se antes a exclusão social e a opressão eram algumas das faces da violência contra as mulheres, hoje elas frequentam espaços anteriormente inimagináveis, mas a violência persiste. Esse fenômeno tornou-se mais debatido e, atualmente, é considerado um problema de saúde pública, como se existisse implicitamente um “não direito” de viver em igualdade social para com os homens.

Conclusão

Mulheres em situação de pobreza que sofrem violência são, frequentemente, atendidas nos serviços de saúde devido à gratuidade desses serviços e estarem referenciados no território de moradia. Paralelamente, essas vítimas também podem ser encaminhadas para outros serviços, dentro ou fora do âmbito da saúde. É sabido que as

mulheres em situação de pobreza estão mais suscetíveis a sofrer violência em suas diferentes formas. O fato de as UBS estarem inseridas no território, se demonstra um fator protetivo, principalmente quando a usuária apresenta bom vínculo com o serviço, pois é ela que vai acolher as demandas iniciais decorrentes da violência. Os serviços de saúde, também possuem o NPV, que são constituídos por pelo menos quatro profissionais dentro das Unidades Básicas de Saúde e outros equipamentos da rede municipal, especializados no acolhimento e orientações para as vítimas e demais profissionais do serviço. Sabe-se que a violência contra a mulher e contra a pessoa idosa teve prioridade na agenda de saúde, sendo essas equipes primordiais para a qualificação dos atendimentos, inclusive quando necessário a realização de articulação em rede intersetorial.

A intersetorialidade revela-se uma importante ferramenta no atendimento a mulheres vítimas de violência atendidas pelo SUS, ampliando de maneira significativa os cuidados oferecidos. Para tanto, é essencial que, independentemente do campo de atuação, os profissionais estejam preparados para identificar mulheres vítimas de violência e encaminhá-las adequadamente aos serviços necessários.

Financiamento: apoio financeiro da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Contribuição dos autores: Todos os autores contribuíram intensamente para a elaboração, realização, manipulação dos dados, escrita do trabalho e leitura crítica.

Referências

1. Patel V, Lund C, Hatherill S, Plagerson S, Corrigall J, Funk M, et al. Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 115–34.
2. Ribas MC. Stress, depressão e qualidade de vida em beneficiários de programas de transferência de renda [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2013. 90 f. Available from: <http://hdl.handle.net/11449/97517>
3. Sparrenberger F, Santos I, Lima RC. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):249–58.
4. Grant KE, Compas BE, Stuhlmacher AF, Thurm AE, McMahon SD, Halpert JA. Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. *Psychol Bull*. 2003 May;129(3):447–66. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447>
5. Cordeiro LDAM, Cordeiro SM, Lima CC, Franco TLB, Gradim CVC. Violência contra a Mulher: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(3):862–9. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i3a11551p862-869-2013>
6. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza LD. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saude Publica*. 2006;40(4):604–10. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000500008>
7. Pinheiro PS, Poppovic MEC, Kahn T. Pobreza, violência e direitos humanos. *Novos Estud*. 1994;(39).
8. Crespo APA, Gurovitz E. A pobreza como um fenômeno multidimensional. *RAE eletrônica*. 2002;1(2):1–12. <https://doi.org/10.1590/s1676-56482002000200003>
9. Romão ME. Considerações sobre o conceito de pobreza. *Rev Bras Econ*. 198 adoptado;36(4):355–70.
10. Sen A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
11. Lima AAS, Moura Júnior JF, Carvalho STA, Silva MR, Lima EN, Rocha JF. Pobreza, raça e suas intersecções: uma revisão sistemática de literatura (2015-2021). *Rev Ibero-Amer Humanidades Cienc Educ*. 2023;9(4):226–53. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i4.9168>
12. Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza e Souza LP, Mendes DC. Reports of violence against women in different life cycles. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2014;22(1):85–92. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3186.2388>
13. Ferraz MIR, Lacerda MR, Labronici LM, Maftum MA, Raimondo ML. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*. 2009;14(4). <https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16395>
14. Macedo RM, Medeiros TM. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o

- ensino em saúde. Saude Debate. 2025;49(144):e9507. <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449507p>
15. Oliveira E de, Couto MT, Separavich MAA, Luiz OC. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. Interface (Botucatu). 2020;24:e180736. <https://doi.org/10.1590/interface.180736>
 16. Terra MF, d'Oliveira AFPL. Análise das trajetórias assistenciais ofertadas às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde. Saude Redes. 2022;8(3):163–81. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n3p163-181>
 17. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev Saude Publica. 2007;41(3):359–67. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102007000300006>
 18. Moreira V, Boris GDJB, Venâncio N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. Psicologia Soc. 2011;23(2):398–406. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822011000200021>
 19. Matos MB de, et al. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. Cien Saude Coletiva. 2015;20(7):2157–63. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.17452014>
 20. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Cien Saude Coletiva. 2018;23(6):1723–28. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
 21. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. Cien Saude Coletiva. 2018;23(6):2007–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>
 22. OPAS/OMS. Devastamento generalizado: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência [Internet]. 2021 Mar 9 [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>
 23. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. Rev Saúde Pública. 2011;45(2):365–72. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102011005000008>
 24. Costa AGd, Ludermer AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil [Internet]. Cad Saude Publica. 2005 Jan 28 [cited 2021 Dec 18];21(1):73–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>
 25. Silva LE, Oliveira MLC de. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. Cien Saude Coletiva. 2015;20(11):3523–32. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>
 26. Lund C, Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. Lancet. 2011;378:1502–14.
 27. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. Saude Soc. 2014;23(3):778–86. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902014000300004>
 28. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? Cien Saude Coletiva. 2014;19(11):4371–82. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>
 29. Espínola RODA, Fuks BB. Psicanálise e Direito: um estudo sobre violência doméstica. Psicanalise Barroco Rev. 2019;17(1):59–79. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/9211/7903>

Trabalho recebido: 18/06/2025

Trabalho aprovado: 08/08/2025

Trabalho publicado: 20/10/2025

Editor Responsável: Prof. Dr. Eitan Naaman Berezin (Editor Chefe)