



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB)
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS (ICH)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL (PPGPS)**

CAIO MILHOMEM DA SILVA

**“VIOLÊNCIA NOSSA DE CADA DIA”: A INTERFACE ENTRE A POLÍTICA DE
SAÚDE E VIOLÊNCIAS NO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA
2026**

CAIO MILHOMEM DA SILVA

“Violência nossa de cada dia”: a interface entre a política de saúde e violências no Distrito Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito para Defesa de Mestrado em Política Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira.

**Brasília, DF
2026**

Ficha catalográfica

CAIO MILHOMEM DA SILVA

“Violência nossa de cada dia”: a interface entre a política de saúde e violências no Distrito Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito para Defesa de Mestrado em Política Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira (PPGPS/SER/ICH/UnB)
Presidente

Prof. Dr. José Fernando Siqueira da Silva (UNESP Franca)
Examinador externo

Prof. Dr. Éverton Luís Pereira (DSC/FS/UnB)
Examinador externo

Prof. Dr. Lúcio Willian Mota Siqueira (SER/ICH/UnB)
Suplente

Brasília, 30 de março de 2026.

AGRADECIMENTOS

O ato de agradecer está entre as coisas que mais valorizo em minha vida, principalmente pelo fato de que ter chego onde cheguei é fruto de um caminho construído coletivamente, marcado por comemorações e gratidão.

Agradeço aos meus pais, que, apesar de não terem a compreensão do que é um título de mestre, sempre acreditaram no quanto esse momento seria importante para mim e para nossa família. Afinal, serei o primeiro membro a ter o título de Mestre concedido em uma Universidade Federal — essa conquista é da nossa família.

À Renata, amiga desde a primeira semana de faculdade. Hoje sonhamos, realizamos e comemoramos a vida juntos. Que nossas vitórias sejam sempre compartilhadas e vividas da melhor maneira possível — você é uma inspiração para mim, é uma honra ser seu amigo. Obrigado por cada momento e por sempre ter me visto no lugar em que estou hoje.

Ao grupo “farofa”, com 14 anos de amizade, o agradecimento já está nas entrelinhas e nos olhares, mas principalmente na capacidade de permanecer junto diante das grandes situações. Mais um Mestre para compor nosso grupo. Que possamos continuar comemorando cada dia e cada conquista.

À Mika, à Thay e à Naíla, que, apesar da distância física no cotidiano, mantiveram presentes a conexão, a preocupação e o cuidado durante a realização desta pesquisa.

Ao grupo “surte”, que se formou a partir de uma estratégia de rir diante das adversidades e hoje se fortalece cotidianamente pelas alegrias, pelas tristezas e pelos medos de todos. Afinal, não temos medo de ser reais, de sentir e, principalmente, de sermos leais.

À Jarlene, amiga há mais de 10 anos, com quem tive o prazer de trabalhar desde o momento em que saiu a aprovação no mestrado. Sem ela, possivelmente eu não teria sequer conseguido assistir às aulas. Os ajustes de escala, horários de trabalho e, além disso, a crença de que este projeto era também um sonho coletivo só potencializaram o carinho e o afeto que sempre existiram. Obrigado, Jarlene.

À Gabriela Chaves, Marina e à Karla, amigas que se formaram quando trabalhávamos no CEPAV. Elas incentivaram muito esta dissertação, comemoraram e viram a possibilidade de alguém falar dos nossos desafios profissionais. Hoje somos amigos para além do trabalho e agradeço imensamente o apoio, a troca e o cuidado que compartilhamos diariamente.

Aos meus estagiários — Karine, Luiz e Grazi —, que com seus questionamentos no processo de estágio fizeram com que o desejo de pesquisar e buscar respostas voltasse. Ser supervisor de campo, atualmente, não é apenas um compromisso profissional, mas também uma

estratégia de construção de novas pontes.

Ao Rodrigo, à Elessandra e à Luhana, que em momentos difíceis abriram as portas de sua casa e me acolheram de maneira gentil e amorosa. Não esquecerei os acolhimentos, os jogos, o banho de piscina e o incentivo para malhar.

Ao Igor Passos, meu companheiro, que corrigiu meu projeto para ingresso no mestrado e hoje comemora comigo a realização deste trabalho. Igor, “enquanto ainda de pé”, estaremos aqui. Obrigado por cada momento.

Aos amigos formados no processo do mestrado, com quem trocamos angústias, risadas e bons momentos em bares: Kátia, Uel, Matheus, Yan, Gabriel, Vini e Diogo. Que nossos caminhos continuem a se cruzar e que possamos conquistar muito mais.

À Prof. Dra. Andreia, que desde o início topou essa jornada de me orientar — desde a graduação eu já tinha muita admiração, o que só se potencializou nesses dois anos de caminhada. Com sua leveza, sua sinceridade e seu cuidado, conseguimos construir esta dissertação. Que possamos continuar nos encontrando na vida, seja na militância, na academia ou, quem sabe, futuramente, como colegas de trabalho.

Ao GEPSaúde, grupo de pesquisa que, de maneira crítica e coletiva, provocou diversos debates que auxiliaram na construção desta pesquisa. Que o grupo possa mostrar ainda mais os grandes talentos que nascem naquelas paredes.

Aos professores da pós-graduação em Política Social que passaram pela minha formação — Lilian, Camila e Maria Elaene —, profissionais que sempre se preocuparam em oferecer o melhor para nós. Todas as reflexões em sala de aula foram essenciais para a consolidação desta dissertação.

Aos alunos da prática de pesquisa do noturno, com supervisão da Prof. Andreia, com quem pude vivenciar esse momento de monitoria e prática de pesquisa na graduação. Foram momentos cruciais para compreender os desafios da docência, mas também um espaço de reflexão coletiva nos momentos de solidão da escrita. Essa experiência potencializou meu desejo de retomar a universidade.

À minha banca, que esteve presente na qualificação e agora na defesa, nas pessoas dos Drs. Everton, José Fernando e Lucio Mota. Everton, com quem pude aprofundar meus conhecimentos sobre saúde coletiva; José Fernando, que instigou em mim o desejo de compreender a violência a partir das dinâmicas estruturais do capitalismo. Saibam que vocês têm grande parcela na elaboração e construção deste trabalho.

À Universidade de Brasília (UnB), simplesmente por ser um espaço acolhedor e que, desde os meus 15 anos, era meu sonho estudar. Fazer uma graduação e um mestrado nesta

instituição é uma honra.

Por fim, a todas as pessoas que passaram pela minha trajetória profissional e pessoal e me viram como alguém com quem podiam compartilhar suas histórias. Esta dissertação nasce também da indignação diante das violências cotidianas e do desejo de que essas pessoas, violentadas diariamente, possam voltar a sonhar com um mundo melhor.

Assim, mais do que um resultado acadêmico, este trabalho representa um percurso coletivo, marcado por encontros, aprendizados e afetos. Que a universidade pública continue sendo um espaço de produção de conhecimento comprometido com a realidade social e com a construção de caminhos mais justos para todos.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo examinar em que medida a política de saúde no Distrito Federal (DF) vem se organizando para promover atenção às pessoas em situação de violência. Para orientar essa investigação, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: como a política de saúde no DF tem se organizado para promover atenção às pessoas em situação de violência, considerando o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)? O estudo foi orientado pelo método histórico-dialético e adotou abordagem qualitativa, tendo como procedimentos metodológicos as pesquisas documental e bibliográfica. Foram analisadas legislações, normativas e documentos institucionais que orientam a atenção às pessoas em situação de violência no âmbito da política de saúde do DF. Os resultados indicam que o DF apresentou, em determinados momentos de sua trajetória, como o da criação dos PAVs em 2004, certo pioneirismo na formulação de ações e serviços voltados à atenção às pessoas em situação de violência. Contudo, diante do processo de contrarreforma do Estado que incide sobre a política de saúde, observa-se que esse pioneirismo foi progressivamente esvaziado, permanecendo, em grande medida, restrito à produção de instrumentos normativos e documentais, configurando uma espécie de administração formal da violência. Conclui-se que a organização da atenção às pessoas em situação de violência no DF foi atravessada por processos políticos, institucionais e sociais que limitaram o avanço de estratégias mais concretas e integradas no âmbito da política de saúde.

Palavras-chave: Violência; Política de Saúde; Integralidade.

ABSTRACT

ABSTRACT

This dissertation aimed to examine the extent to which the health policy in the Federal District (DF), Brazil, has been organized to provide care for people in situations of violence. To guide this investigation, the following research question was formulated: how has the health policy in the Federal District been organized to provide care for people in situations of violence, considering the principle of comprehensiveness of the Unified Health System (SUS) and the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence (PNRMAV)? The study was guided by the historical-dialectical method and adopted a qualitative approach, using documentary and bibliographic research as methodological procedures. Legislation, regulations, and institutional documents that guide care for people in situations of violence within the scope of the health policy of the Federal District were analyzed. The results indicate that the Federal District presented, at certain moments in its trajectory, such as during the creation of the Violence Prevention and Assistance Centers (PAVs) in 2004, a certain pioneering role in the formulation of actions and services aimed at providing care for people in situations of violence. However, in the context of the State counter-reform process affecting health policy, this pioneering role was progressively weakened, remaining largely restricted to the production of normative and documentary instruments, configuring a kind of formal administration of violence. It is concluded that the organization of care for people in situations of violence in the Federal District has been shaped by political, institutional, and social processes that have limited the advancement of more concrete and integrated strategies within the scope of health policy.

Keywords: Violence; Health policy; Integrality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões de Saúde	72
Figura 2 – Referência de todas os CEPAV e nomenclaturas em referências às flores.....	79
Figura 3 – Linha do tempo da evolução dos Programas.....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Concepções de Violência em documentos em documentos oficiais do campo da saúde.....	89
Quadro 2 – Fluxos e orientações técnicas sobre atendimento às vítimas de violência	94
Quadro 3 – Principais orientações dos boletins epidemiológicos do Distrito Federal ...	100
Quadro 4 – Evolução dos documentos norteadores sobre violência e saúde	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BM	Banco Mundial
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDSS	Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde
CEPAV	Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica
CEPAV	Programa em Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CLAVES	Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Clareli
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i> 2019
DeCS	Descritores em Saúde
DF	Distrito Federal
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHB	Fundação Hemocentro de Brasília
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GDF	Governo do Distrito Federal
IAP	Instituto de Pensões e Aposentadoria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGESDF	Instituto de Gestão Estratégica de saúde no Distrito Federal
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEDF	Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MP	Ministério Público

MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NEPAV	Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências/ Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre Acidentes e Violências
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAPS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organização Serviço Social
PAV	Programas de Assistência às Vítimas de Violência/Programas de Pesquisa, Assistência e Vítimas de Violência
PDAD-A	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada
PDS	Plano Distrital de Saúde
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência
PT	Partido dos Trabalhadores
RAV	Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do DF
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SES/GDF	Secretaria de Estado de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UnB	Universidade de Brasília
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
VIVA	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes em Serviços

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	POSSÍVEIS CAMINHOS EXPLICATIVOS DA VIOLÊNCIA	26
2.1	Explicação biológicas, existem limitações?	28
2.2	Abordagens psicossociais	33
2.3	Explicação da Violência como expressão sociopolítica e econômica.....	38
3	VIOLÊNCIA NOSSA DE CADA DIA	47
3.1	Violência e Saúde: caminhos para se pensar essa relação	48
3.2	A violência é uma questão apenas de saúde?	49
3.3	Virou questão de saúde e agora?	53
3.4	Violência como determinação social da saúde	58
4	A CONTRARREFORMA DO ESTADO E SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL	66
4.1	Caracterizando a saúde do Distrito Federal	71
4.2	Distrito Federal: a cidade “não-violenta”	74
4.3	Violência e saúde no Distrito Federal: trajetória e desafios	77
5	A INTEGRALIDADE NO CUIDADO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	84
5.1	A inserção da violência no campo da saúde: influências internacionais e desdobramentos nas políticas públicas de saúde no Brasil.....	86
5.2	Integralidade e Fluxos de Violência no Distrito Federal	93
5.3	Aspectos epidemiológicos da violência no DF	97
5.4	A linha de cuidado para as pessoas em situação de violência no DF	103
5.5	Afinal, o Distrito Federal dialoga com a integralidade na atenção às pessoas em situação de violência na saúde?	106
6	ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS – CONSIDERAMOS QUE.....	109
	REFEERÊNCIAS.....	113

1 INTRODUÇÃO

A escolha da temática da violência para a pesquisa de mestrado não se deu de forma linear e imediata. Inicialmente, houve certa resistência em aprofundar-me nesse campo, sob a compreensão de que se tratava de um objeto pertencente prioritariamente a outras áreas do conhecimento. As primeiras aproximações ocorreram ainda durante a graduação, no campo do estágio, a partir da inserção no Ministério Público (MP) — atuando no setor de perícia psicossocial, onde a maior demanda se dava pela avaliação e por reflexões sobre casos de violência.

Neste momento, ainda tomado por certo receio em relação à temática, comecei a revisitar minha própria história. Ao escutar aquelas pessoas, percebi que a violência esteve tão presente em minha trajetória quanto na delas e que, por diversos fatores, construímos maneiras distintas de enfrentamento. De um lado, um garoto LGBT, de família pobre, sem acesso a direitos básicos, mas que contou com rede de apoio e acesso a políticas públicas e sociais para enfrentar algumas violências. De outro, pessoas que, por meio da violência, acabaram acessando políticas sociais e, ao mesmo tempo, foram atravessadas por elas.

Essas vivências suscitaram as primeiras inquietações sobre a violência como fenômeno coletivo, estruturante e regulador das relações sociais. Assim, de maneira irônica, podemos afirmar a “violência nossa de cada dia”, afinal, ela é tão naturalizada que acabou se tornando corriqueira no cotidiano de milhões de brasileiros.

No campo profissional, o desejo da pesquisa se deu por questionamentos teórico-práticos amparados na experiência em campo, como assistente social, atuando no atendimento às pessoas em situação de violência no contexto da atenção à saúde no Distrito Federal (DF). Na prática cotidiana, voltada à orientação e ao atendimento biopsicossocial de agravos decorrentes de violências interpessoais e autoprovocadas, evidenciaram-se limites institucionais, tensionamentos entre níveis de atenção e desafios na materialização do princípio da integralidade do cuidado. Assim, as indagações emergentes da prática profissional foram progressivamente sistematizadas como problema de pesquisa, consolidando a interface entre saúde e violência como eixo central desta investigação.

Nesse sentido, o *objeto de estudo* desta investigação é a política de saúde no DF na atenção às situações de violência, à luz do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A *questão orientadora da pesquisa* indagou como a política de saúde no DF tem se organizado para promover atenção às pessoas em situação de violência, considerando o

princípio da integralidade do SUS e a Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV)?

O *objetivo geral* consistiu em examinar em que medida a política de saúde no DF vem se organizando para promover atenção às pessoas em situação de violência. Para alcançar esse propósito, foram estabelecidos como *objetivos específicos*: 1) problematizar a compreensão da violência como questão de saúde coletiva; 2) analisar os documentos orientadores da política de saúde distrital para verificar quais ações são estabelecidas na atenção à violência; e 3) identificar avanços e lacunas no processo histórico de desenvolvimento das respostas institucionais voltadas à atenção às pessoas em situação de violência no DF.

A pesquisa se justifica pela necessidade de problematizar como a pesquisa social pode contribuir para a compreensão crítica das respostas institucionais oferecidas às pessoas notificadas nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, por terem vivenciado situações de violência interpessoal ou autoprovocada. Segundo o Boletim Epidemiológico¹ do DF, entre setembro e dezembro de 2024, foram registrados 4.526 casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada, dos quais 145 evoluíram para óbito, envolvendo crianças, adolescentes e adultos (GDF, 2024). Mais do que apresentar dados quantitativos isolados, importa analisar como tais notificações expressam a materialização de um fenômeno social complexo, de incidência direta no processo saúde-doença e que tensiona a organização da política pública. Nesse sentido, a violência não pode ser compreendida apenas como evento episódico ou desvio comportamental, mas como expressão de determinações sociais que estruturam a sociabilidade contemporânea e produzem impactos concretos na vida dos sujeitos.

A incorporação da violência como objeto de intervenção da política de saúde no Brasil intensifica-se a partir do final de 1980, no contexto da redemocratização e da reorganização dos movimentos sociais, bem como com a crescente demanda no cotidiano dos serviços de saúde (Minayo, 2006). A complexidade da categoria violência provoca a política de saúde a construir estratégias como respostas à crescente demanda em seus diferentes níveis de atenção — da prevenção à urgência, à emergência e à reabilitação (Minayo, 2006, 2018).

¹ “O Informe Epidemiológico Quadrimestral de Violência interpessoal e autoprovocada, do Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências – Nepav, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, é uma publicação de caráter institucional, com periodicidade quadrimestral para divulgação do monitoramento da morbimortalidade das violências interpessoais e autoprovocadas, com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)” (GDF, 2023,n.p).

Com a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que instituiu o SUS, posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) de nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, a saúde passou a ser compreendida para além da dimensão biologicista centrada na doença (Paim, 2004), incorporando as relações sociais e saúde como produção da vida (Albuquerque; Silva, 2014). Nesse cenário, a violência deixa de ser tratada exclusivamente como questão de segurança pública ou justiça criminal, passando a integrar a agenda da política pública de saúde — processo consolidado no início dos anos 2000, com a instituição da PNRMAV, em 2001, que estabelece diretrizes para a prevenção, a vigilância, o atendimento e a reabilitação nos diferentes níveis de atenção.

No âmbito do DF, as respostas às demandas relacionadas à violência, conforme orientações técnicas da Secretaria de Estado de Saúde (SES/GDF), devem ser analisadas sob os aspectos individuais, sociais, ambientais e jurídicos, demandando atuação multiprofissional e intersetorial. O enfrentamento desse fenômeno na perspectiva da saúde pressupõe a adequação dos sistemas de atendimento, a detecção, o registro, a intervenção e o encaminhamento dos casos, além da formulação e da implementação de estratégias de prevenção e educação (Governo do Distrito Federal, 2023).

A organização das respostas institucionais vem sendo estruturada por meio de normativas, fluxos e serviços especializados. Destaca-se a instituição da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do DF (RAV), por meio da Portaria nº 108/2023, bem como a publicação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica, em maio de 2025.

Cabe ressaltar que, anteriormente à publicação da Portaria nº 108/2023, a SES/GDF trouxe a público, por intermédio de seus meios de comunicação oficiais, consulta pública² sobre a linha de cuidado para atenção à Saúde da pessoa em situação de violência sexual, familiar e doméstica do DF (2020). Essa linha vinha se construindo por meio de um Comitê Permanente de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal, instituído a partir da Portaria nº 347, e tinha como objetivo a construção do documento, sendo composta por gestores e trabalhadores dos serviços ambulatoriais, vigilância à saúde, atenção primária, secundária, redes de atenção à saúde e atenção especializada.

² Através do site oficial da Secretaria de Saúde, no dia 22 de setembro de 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/saude-estabelece-linha-de-cuidado-necessario-com-pessoas-em-situacao-de-violencia>. Aos 10 de janeiro de 2025, foi aberta nova consulta pública acerca da linha de cuidado, através de um link de formulário do Google. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/aberta-consulta-p%C3%BAblica-para-a-linha-de-cuidado-de-aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-pessoa-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-viol%C3%AAncia-sexual-dom%C3%A9stica-e-familiar>. Acesso em: 14 mar. 2025.

Em maio de 2025, a Linha de Cuidado foi publicada em sua versão definitiva, após a realização de duas consultas públicas e de diversos ciclos de debates envolvendo gestores e trabalhadores da saúde. Com isso, o DF passou a contar com um documento orientador que sistematiza e consolida o debate institucional sobre a relação entre violência e saúde no âmbito da política distrital. Embora represente avanço na sistematização das ações, até a conclusão desta dissertação não foram identificadas informações públicas que permitam avaliar o estágio de implementação da referida Linha de Cuidado, seus mecanismos de monitoramento e avaliação.

Nesse horizonte, parte-se da premissa de que as políticas sociais são caracterizadas como campo de disputas no qual forças sociais antagônicas, classe trabalhadora e classes dominantes, enfrentam-se em defesa de seus respectivos interesses em cada período histórico, materializando, assim, a direção assumida pela política social em determinado contexto (Boschetti, 2009). A política de saúde inserida nos marcos da sociabilidade capitalista está profundamente vinculada às determinações de classe. Conforme assinala Bravo (2013, p. 34), sua expressão decorre “[...] da ampliação das necessidades sociais, que foram determinadas tanto pelo processo de acumulação de capital como pela elevação do nível de luta de classes”.

Assim, é fundamental demarcar que essa política de saúde se coloca um campo de contradições e conflitos, como toda e qualquer política social nos marcos capitalistas, profundamente disputada pelo setor privado e pela lógica lucrativa do capital, apesar dos largos ganhos democráticos em prol da sua universalização. Como dever do Estado, ela é atacada pela constante contrarreforma deste, que atinge a efetivação plena da seguridade social desde o processo de redemocratização na realidade brasileira (Behring, 2003; Rosado, Freitas, 2020).

Neste contexto e influenciada pelos avanços acima apontados, a violência ganha visibilidade, além de ser tensionada a partir de discussões de pediatras preocupados com as crianças que chegavam aos serviços de saúde apresentando sinais de violência física e com os níveis e acidentes de trânsito e violência urbana, a temática da violência começa a ser tensionada para o setor saúde (Minayo, 2006).

Faleiros (2004, p. 82) aponta que a “[...] violência não tem, pois, um único significado e deve ser historicamente situada e compreendida” e que dentro da sociedade capitalista, machista e racista, ela se materializa de diferentes maneiras, com essas manifestações gerando impactos concretos na vida dos sujeitos que são atingidos, afinal, violência é uma categoria de análise concreta e estrutural. Como dito por Silva (2008, p. 268):

A violência, em suas diversas manifestações contemporâneas mais imediatamente visíveis (física, psicológica, simbólica, estrutural –ou a associação entre elas), possui uma existência real que impacta a vida de seres sociais sob dada historicidade. Sua objetivação não é uma abstração e supõe, necessariamente, para que seja violência, uma realização prática– mais ou menos visível, reconhecida ou não socialmente.

Dessa forma, considerando a concretude da violência na vida dos sujeitos envolvidos, começa-se a tensionar estratégias para seu enfrentamento, pois a violência é dada como algo inerente à humanidade e seus impactos acarretarão ações diretas pelo setor da saúde, seja na prevenção, na urgência e emergência ou na reabilitação (Minayo, 2018).

Diante deste cenário, o reconhecimento da violência como acontecimento que incide diretamente na vida das pessoas implica ainda reconhecer a necessidade de respostas institucionais e normativas no âmbito das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, mais que uma questão individual, a violência convoca o sistema de saúde a delimitar e organizar diversas estratégias de atenção às pessoas que nele adentram em seu cotidiano. Partindo dessa necessidade de construção de estratégias de atenção, torna-se necessário avaliar como essas respostas vêm sendo estruturadas no interior da política de saúde.

Dessa forma, violência e saúde tornam-se temas que necessitam andar juntos em uma direção crítica e coletiva, não em uma perspectiva de enfrentamento individual. Logo, com o intuito de caminhar na direção que aponta a literatura sobre a relação entre saúde e violência e expandir tal reflexão, é inadiável aprimorar estudos que visem responder à seguinte questão de partida: como a saúde no Distrito Federal tem se organizado para promover cuidado às pessoas em situação de violência?

Neste esteio, a dissertação é apresentada em quatro seções, com a finalidade de constituir um debate crítico a respeito das principais categorias e dos principais conceitos que se apresentaram durante a pesquisa (violência - saúde - determinação social e os níveis de atenção). A seção 2 tem a intenção de sistematizar uma teoria única para explicar a causalidade da violência, mas apresenta alguns dos principais caminhos teórico-analíticos construídos para compreender essa categoria. A proposta de discutir tais perspectivas explicativas justifica-se na medida em que podem produzir impactos relevantes para a formulação e implementação de políticas públicas, como no caso da política de saúde.

Na seção 3 observaremos como a violência passa a ser objeto de intervenção do setor saúde. Apesar de considerar os fatores biológicos, a saúde que a violência veio a impactar, ela avança no debate, bem como quanto à própria concepção de saúde. Dessa maneira, realizaremos uma apresentação de como o setor saúde aborda a temática da violência, tanto no cunho teórico como enquanto consequência para os rebatimentos na produção de saúde.

A seção 4 apresenta breve contextualização e caracterização sobre a saúde pública do DF, que desde sua criação veio atrelada aos princípios da privatização, distanciando-se dos princípios do projeto sanitário brasileiro, o que demonstra (ou não) o compromisso da capital do País com a materialização dos princípios do SUS. Nesse ponto da discussão, apresentamos ainda um tópico que versará sobre como DF não estará à parte das expressões de violência, bem como sobre a forma como esses índices de violência trazem rebatimentos para a política de saúde.

Na seção 5 analisamos as legislações identificadas no percurso metodológico, com o objetivo de responder ao problema central desta pesquisa e aos objetivos propostos. Busca-se compreender de que maneira o DF vem se organizando, no âmbito da política de saúde, para atender às demandas das pessoas em situação de violência. Os documentos examinados revelam uma trajetória histórica marcada por avanços institucionais e por tensões estruturais. A análise será conduzida à luz da realidade vigente, evitando leituras anacrônicas, determinismos ou interpretações messiânicas, a fim de apreender os limites e possibilidades concretas da política de saúde no território.

Percurso metodológico

Adotou-se uma abordagem teórico-metodológica crítico-dialética, por compreender que oferece um caminho analítico capaz de evitar anacronismos e afirmações superficiais sobre o objeto investigado. Nessa perspectiva, a investigação do real parte do pressuposto de que o conhecimento não é dado imediato, mas se constrói no movimento do próprio objeto, por meio de aproximações sucessivas, buscando apreender a unidade da diversidade contraditória das determinações do ser e sua legalidade imanente (Pontes, 2009). Desse modo, conforme assinala Netto (2011, p. 22), “O método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto”.

Partindo do ponto que a dissertação se propõe a realizar um apanhado de investigação sobre a política de saúde na atenção à saúde das pessoas em situação de violência, compreendemos que essa análise ultrapassa a utilização de técnicas, pressupondo a política social inserida da relação contraditória da sociedade burguesa, considerando que “[...] a avaliação de uma política social pressupõe inseri-la na totalidade e dinamicidade da realidade.” (Boschetti, 2009, p. 3).

Assim, compreender a relação contraditória da política social de saúde é dialogar com a proposta do método marxista, afinal, este “[...] permite perceber uma interação de um conjunto

muito rico de determinantes econômicos, políticos e culturais [...]” (Boschetti; Behring, 2008, p. 25), sendo necessário considerar o movimento histórico fincado na análise da realidade, já que é através dela que o objeto se apresenta e se modifica.

Para realizar esse movimento, a investigação se fundamenta na tríade categorial *singularidade, particularidade e universalidade*, que permite à razão teórica dissolver a aparência fenomênica própria da facticidade (Pontes, 2009). Entende-se que a realidade é necessariamente tensa e contraditória, sendo a contradição o elemento motriz da história; portanto, os fenômenos sociais não devem ser vistos como fatos isolados, mas como complexos sociais que compõem o ser social em permanente movimento.

Para operacionalizar a categoria da totalidade e atingir uma síntese de múltiplas determinações, a análise foi conduzida articulando os seguintes níveis, tendo por base as reflexões de Pontes (2009): a *universalidade* que abrange as grandes determinações e leis tendenciais de um dado complexo social — neste estudo, situa-se a violência no movimento contraditório da sociabilidade capitalista contemporânea e na reprodução social. No plano universal, as leis expressam o modo de ser do ser social, mas permanecem abstratas se não mediadas.

A *particularidade* atua como o ponto nodal e campo de mediações. A particularidade é a expressão lógica que realiza a conexão entre a vida singular de cada homem e sua vivência genérica (universal). É neste plano que examinamos como as determinações universais se expressam na formação social brasileira e nas formas históricas do Estado e da política social. As mediações são categorias ontológicas e reflexivas que asseguram a processualidade e o movimento na estrutura da realidade.

A *singularidade* representa o ponto de partida da pesquisa, onde a realidade se manifesta em sua imediatez (facticidade). Aqui, analisamos as respostas institucionais concretas da política de saúde no DF, como normativas, fluxos e os serviços CEPAV/NEPAV, sem reduzi-las ao indivíduo, reconhecendo-as como experiências socialmente produzidas e institucionalmente mediadas. Na singularidade, as leis universais costumam ficar ocultas pela dinâmica dos fatos. O percurso metodológico busca, portanto, recuperar as mediações que estruturam o ser social para pôr à luz o que está submerso na facticidade.

Assim, a utilização do método marxista para dialogar com as categorias saúde, política social e violência, parte do pressuposto de que essas categorias carregam em si elementos históricos que apresentam contradições na relação capitalista de produção e tem como horizonte a observação das mediações dentro dessas relações estruturantes da sociedade capitalista.

Dialogando com Netto (2011), fazer uma análise do objeto tendo como pressuposto o movimento do real é uma forma de entender as contradições e o momento histórico em que esse objeto está situado, assim teremos condições para compreender ações já realizadas por sujeitos históricos e para analisar a conjuntura em que o objeto se situa atualmente.

Desta maneira, torna-se um desafio metodológico seguir o método marxista ao longo deste trabalho, considerando diversas mudanças na realidade, que, por vezes, podem modificá-lo. Todavia, é um dos caminhos apresentados do método marxistas, afinal: “A teoria é o real reproduzido e interpretado no plano do ideal” (Netto, 2011, p.21), após diversos questionamentos e aproximações com objeto em análise.

Com intuito de *traçar um caminho de técnicas de pesquisa*, o percurso metodológico adotado para a análise de pesquisa é de natureza qualitativa, considerando que o método qualitativo “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações” (Minayo, 2001, p. 22).

A pesquisa qualitativa nos possibilita analisar o objeto de maneira dinâmica, tendo em vista que as Ciências Sociais não possuem um objeto estático e racional, não cabendo em análises rígidas e descontextualizadas do momento histórico em que se situam. Como nos coloca Creswell (2010, p. 209): “A pesquisa qualitativa é uma forma de investigação interpretativa em que os pesquisadores fazem uma interpretação do que enxergam, ouvem e entendem. Suas interpretações não podem ser separadas de suas origens, história, contexto e entendimentos anteriores”.

A realização da pesquisa não necessitará de recursos financeiros que necessitem de investimento a longo prazo, o que viabiliza consideravelmente a pesquisa. Leva-se em conta também a sua construção com base na análise documental e bibliográfica, mediante a utilização de fonte de dados/informações de acesso livre e gratuito.

Os procedimentos metodológicos foram realizados a partir da análise de legislações, documentos ministeriais e que balizam a discussão e/ou orientação a respeito da atenção das pessoas em situação de violência pela política de violência do DF. Sendo essas legislações expedidas pela Secretaria de Saúde.

Dessa forma, considerando os objetivos específicos, foram realizados:

1) *Levantamento da bibliografia existente entre violência e Política de Saúde, como campo interdisciplinar e coletivo.*

Para o alcance deste objetivo realizamos pesquisa bibliográfica, considerando que ela pode possibilitar maiores leques de soluções para as questões apresentadas, visto que “[...] possibilita um amplo alcance de informações” (Lima; Miotto, 2007, p. 40).

Foi adotada a *metodologia de revisão integrativa*, considerando que essa abordagem se mostrou adequada à necessidade de construir o referencial teórico da pesquisa. Para isso, realizamos a leitura e a análise de materiais com abordagens qualitativas e quantitativas. Segundo Santos (2010, p. 103), “[...] a revisão integrativa, finalmente, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado”. Nesse sentido, a metodologia possibilitou reunir diferentes tipos de evidências, contemplando a construção teórica do trabalho.

Desta forma, apresentamos os passos realizados para a realização dessa metodologia.

- No que se refere à pergunta norteadora partimos da seguinte indagação: *quais as bases/perspectivas teóricas que sustentam debate da violência no campo saúde?*
- A respeito da seleção da base de dados, por compreender a importância da pesquisa para a área de saúde, foi realizada pesquisa nas bases: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e principais revistas do campo da saúde públicas no Brasil (Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Ciência e Saúde e Saúde e Sociedade).
- Utilizou as seguintes bases de dados para buscas de descritores para as categorias: determinação social; violência; Integralidade na saúde; Estado e Política de saúde, sendo as bases: *Medical Subject Headings* (MeSH) e seus correspondentes em português, representados pelos Descritores em Saúde (DeCS). Foram aplicadas as estratégias de buscas “OR” e “AND” para seleção dos artigos.
- Foram encontrados outros descritores para violência, como: atrocidade, comportamento agressivo, comportamento de ataque, crime violento, violência estrutural, violência interpessoal e violência social.
- Para seleção dos artigos, foram utilizados os critérios de tempo, demarcando os últimos 10 anos (2014-2024), artigos em português, na área do conhecimento de Ciências da Saúde; Humanidades Aplicadas, sob as seguintes categorias: determinação social; violência; Integralidade na saúde; Estado e Política de saúde.
- Como critérios de exclusão, estabeleceu-se os que: traziam um debate sobre violência e polícia; línguas estrangeiras; fora dos anos 2000 e distantes da área da saúde ou humanidades.
- Utilizou-se da compreensão crítico-dialética para análise e sistematização dos estudos encontrados, considerando o movimento da realidade e a necessidade da conexão com objeto.

- Os resultados da revisão integrativa estão diluídos ao longo da construção da argumentativa-narrativa da dissertação, principalmente na seção 3 — onde apresentará a relação de violência e saúde de maneira mais explícita.

2) Pesquisa documental por meio do mapeamento e análise de fluxos, protocolos e orientações técnicas publicadas pela secretaria de saúde do DF nos últimos 10 anos sobre atenção às pessoas em situação de violência.

As normativas a seguir foram retiradas do site oficial da Secretaria de Saúde, no qual estabelece os fluxos e normativas para os profissionais que lidam com as pessoas em situação de violência, seja ela de qual tipo for. Assim, foi realizada busca tanto nos portais oficiais como em outros trabalhos acadêmicos, mas até a conclusão da escrita deste material, foram estas legislações disponibilizadas para nortear a atenção as pessoas em situação de violência no DF.

Além dos mapeamentos de normativas pelo site oficial da secretaria de saúde do DF, foram realizadas buscas ativas nos portais nacionais e internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS). A necessidade de busca nestes portais se deu pois, historicamente, estes atores vêm consolidando o debate crítico a respeito da relação entre saúde e violência, com finalidade de inserir a pauta em uma perspectiva de saúde coletiva. Sob essa ótica, também escolhemos alguns documentos internacionais e nacionais para serem analisados.

Assim, a finalidade de mapeamento e sistematização das normas técnicas se dá para compreender o conceito de violência empregado e possíveis implicações para o direcionamento da política de saúde na atenção as pessoas em situação de violência.

Internacional:

Legislação/Documento	Ano
Carta de Ottawa- Primeira conferência internacional sobre promoção de saúde	novembro, 1986
Declaração de Alma Ata	setembro, 1978

Federal:

Legislação	Ano
Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde	2014 (ano da publicação) Disponível no site do Governo Federal e atualizado em 2023.

Distrital:

Nome	Ano
Linha de Cuidado: Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual, Doméstica e Familiar	2025 – versão oficial
Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal	2008 – 2ª edição (desatualizado)
Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal	Portaria nº 108, 20 mar. 2023
Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	2024 – 2ª edição (publicação DF)
Inclusão de Violência doméstica, sexual e/ou outras violências na Lista de Notificação Compulsória	Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011
Recomendações às equipes de saúde para o desenvolvimento de ações de Atenção Integral à saúde sexual e saúde reprodutiva na adolescência, com foco na prevenção da gravidez	Nota Técnica SEI-GDF n.º 3/2019 - SES/SVS/DIVEP/GVDANT/NEPAV
A presente Nota Técnica traz as recomendações para o atendimento médico das pessoas após violência sexual na rede de saúde do Distrito Federal	Nota Técnica SEI-GDF n.º 1/2018 - SES/SVS/DIVEP/GVDANT/NEPAV
Reorientação do fluxo de notificação compulsória imediata de violência sexual e tentativa de suicídio DF	Nota Técnica N.º 3/2024 - SES/SVS/DIVEP/GVDANT/NEPAV
Protocolo: Violência e Maus Tratos – Fluxograma	2023-2024 (consta que está em atualização)
Protocolo: Fluxograma Violência Sexual do Protocolo de Queixas Ginecológicas	2023-2025

Fonte: elaboração própria (2025).

3) Análise documental das notificações dos casos de situações de violência no GDF, via boletins epidemiológicos entre os anos de 2022-2024, considerando a necessidade de reforçar a pauta violência na agenda da política de saúde.

Os boletins epidemiológicos consistem em sistematizações e análise dos dados de violência do DF. A escolha de analisá-lo se dá pela necessidade de compreender como os números de registro de violência, o que poderá gerar impactos para as definições de estratégias para a atenção às pessoas em situação de violência. *Atualmente no DF, os boletins epidemiológicos apresentam os dados de mortes por violências, sendo de extrema importância para alavancar possíveis debates sobre prevenção, promoção e proteção.*

- Informe 3º Quadrimestre 2022;
- Informe 2º Quadrimestre 2022;
- Boletim Epidemiológico de Violência Autoprovocada 2022 ;
- 1º Informe Epidemiológico Quadrimestral de 2023 de Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal;
- 2º Informe Epidemiológico Quadrimestral de 2023 de Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal;

- 3º Informe Epidemiológico Quadrimestral de 2023 de Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal;
- Boletim Epidemiológico de Violência Autoprovocada no Distrito Federal;
- Boletim Epidemiológico - A Qualidade da Informação na Ficha de Notificação de Violência no Distrito Federal;
- 1º Informe Epidemiológico Quadrimestral de Violência Interpessoal e Autoprovocada;
- Boletim Epidemiológico de Violência Autoprovocada -DF: Série histórica, 2014 a 2023.

Perguntas norteadoras de análise dos documentos

1. Qual conceito de violência é adotado nos documentos analisados da política de saúde?
2. Essa compreensão é predominantemente coletiva (relacionada às determinações sociais) ou individual (centrada em comportamentos e ações isoladas)? Há elementos híbridos?
3. Os documentos analisados expressam uma abordagem alinhada ao princípio da integralidade no contexto da política de saúde?
4. Existem estratégias de capacitação continuada para os trabalhadores que atuam no campo da violência?

O processo de análise dos resultados foi realizado a partir da leitura do material selecionado, com foco nas palavras-chave *integralidade*, *violência* e *encaminhamentos*, especialmente nos instrumentos voltados à orientação de protocolos no campo da saúde. No que se refere à análise de caráter político-institucional, buscou-se identificar a concepção política presente nas normativas acerca da categoria violência.

A interpretação dos resultados foi desenvolvida a partir da *análise temática de conteúdo*, tendo como base o material documental selecionado. Segundo Minayo (2008), a análise de conteúdo tem como finalidade identificar núcleos de sentido que podem apresentar maior predominância durante o processo de análise do material. Nessa perspectiva interpretativa, amplia-se a possibilidade de articulação entre diferentes dimensões analíticas, permitindo a triangulação dos dados com o referencial teórico adotado — neste caso, o materialismo histórico —, bem como com os elementos da linguagem presentes nos documentos analisados.

No tocante aos boletins epidemiológicos, o foco da análise se concentra nas seções finais, especialmente nas orientações técnicas e conclusões apresentadas nesses materiais. Os dados referentes a vítimas, ofensores e territórios não foram explorados em profundidade neste trabalho, uma vez que não constituem o foco da pesquisa. O objetivo não foi analisar como grupos específicos são afetados pela violência, mas compreender sua dimensão estrutural e as respostas institucionais construídas no âmbito da política de saúde.

Quanto à organização dessas informações, em um primeiro momento foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial para sistematização dos dados, a partir do comando “organização de tabelas dos documentos analisados”. Contudo, as tabelas apresentadas no trabalho foram elaboradas pelo próprio pesquisador, após a segunda leitura do material e a análise dos dados em diálogo com a literatura utilizada na pesquisa.

2 POSSÍVEIS CAMINHOS EXPLICATIVOS DA VIOLÊNCIA

Enquanto categoria sócio-histórica, a violência se configura um campo em disputa, na medida em diferentes áreas do conhecimento buscam explicá-la e oferecer respostas às suas múltiplas manifestações. Essas disputas não decorrem apenas da urgência prática de enfrentar o fenômeno, mas também do desafio teórico de formular uma compreensão capaz de abarcar sua complexidade, suas mediações e seus efeitos na vida social. Assim, ao mesmo tempo em que se multiplicam as interpretações e abordagens, evidencia-se que a violência não se deixa apreender por explicações unilaterais, exigindo esforço analítico que articule dimensões estruturais e suas expressões no cotidiano.

Nesse horizonte, torna-se necessário explicitar a compreensão que orienta este estudo, assentada na distinção entre categorias e conceitos. As *categorias* expressam determinações sócio-históricas constitutivas do real, isto é, formas de existência e relações efetivas que estruturam a vida social — como totalidade, mediação, Estado, política social, trabalho e a própria violência enquanto determinação social. Os *conceitos*, por sua vez, correspondem a formulações analíticas e operacionais produzidas por campos disciplinares e instituições para descrever, classificar e orientar intervenções sobre a realidade, a exemplo de definições normativas, tipologias e marcos utilizados em documentos e políticas públicas.

A adoção dessa distinção cumpre, portanto, função decisiva na condução desta seção. Por um lado, ela permite apreender a violência como *categoria concreta e histórica*, vinculada às formas de organização da sociabilidade e às relações sociais que a produzem e a reproduzem. Por outro, possibilita analisar criticamente como determinados *conceitos*, ainda que importantes para a gestão e para a intervenção, podem estreitar a leitura do fenômeno quando o deslocam para uma lógica predominantemente individualizante, ofuscando suas determinações estruturais e suas mediações institucionais. Desse modo, ao reconhecer a diversidade de interpretações em disputa, buscamos delimitar um caminho analítico que preserve a complexidade do objeto sem perder de vista sua inserção na totalidade social.

Áreas do conhecimento — como Antropologia, Psicologia, Ciências Médicas, Biológicas e Ciências Sociais — entram nessa disputa para traçar um caminho explicativo acerca da violência (Imura e Silveira, 2010; Andrade 2019). Embora existam pontos de convergência, também evidenciam-se tensões e divergências, na medida em que cada campo privilegia determinadas causalidades e certos níveis de análise. Ainda assim, cresce o reconhecimento de que a compreensão da violência exige interconexão de saberes, dadas sua

complexidade e múltiplas determinações, o que torna seu tratamento conceitual um processo em construção.

Dessa forma, a intenção desta seção não é delimitar teoria explicativa única para a causalidade da violência, mas apresentar alguns caminhos teórico-analíticos construídos para interpretá-la, explicitando seus alcances e limites. Contudo, essa apresentação não se orienta por uma justaposição de perspectivas: está subordinada à abordagem teórico-metodológica crítico-dialética, de modo que os aportes de diferentes campos são mobilizados como contrapontos, sem dissolver a direção teórica do trabalho. Com isso, reconhece-se a complexidade e a polissemia do fenômeno, ao mesmo tempo em que se afirma a necessidade de apreendê-lo na totalidade sócio-histórica, articulando determinações estruturais e suas expressões nas relações sociais, nas instituições e no cotidiano.

À luz desse referencial, partimos do entendimento de que a violência é um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e multifacetada, enraizado em dinâmicas sociais, econômicas e políticas. Ela pode se expressar por ações de indivíduos, grupos, classes ou nações, produzindo danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si e/ou a outros. Compreendida em sua dimensão sócio-histórica, a violência estabelece interfaces importantes com a saúde, seja pela produção de agravos e sofrimentos, seja pelas respostas institucionais e políticas voltadas à assistência e à proteção (Minayo, Souza, 1998; Minayo, 2006a).

No campo da saúde, a interdisciplinaridade é frequentemente reivindicada como condição de análise e modo de atuação sobre processos atravessados pela determinação social do processo saúde-doença (Guilherme; Almeida, 2014). Assim, acreditamos que o conceito de violência deva ser analisado para além de expressão do modelo de determinada sociedade, como aponta alguma das perspectivas explicativas, mas como mais uma determinação social que traz impactos para a saúde, ampliando, dessa forma, a intervenção pelo setor saúde. Nesse sentido, interessa-nos compreender a violência não apenas como expressão episódica de comportamentos individuais ou traço cultural isolado, mas como determinação social que impacta a saúde e desafia a ação pública, exigindo respostas institucionais e políticas. Compreendemos, ainda, em consonância com Pires (2020) e Engels (2016), que, ao ser apreendida em sua dimensão sócio-histórica, a violência pode ser considerada resultado das relações sociais produzidas ao longo da sociabilidade humana.

Para organizar a discussão, apresentaremos, na sequência, caminhos explicativos para a violência. Em primeiro, no tópico *explicações biológicas, existem limitações?* partimos do percurso das *explicações a partir da biologia*, que teve como finalidade explicar a violência a

partir da relação entre os fatores biológicos humanos com interações sociais, como apresenta Flores (2002), um dos principais defensores da contemporaneidade sobre o assunto.

Posteriormente, no tópico *Abordagens psicossociais*, apresentamos os caminhos fornecidos pela Psicologia, que se dedicou a compreender a violência a partir de suas correntes de atuação, gerando diversas frentes de atuação/enfrentamento. Contudo, hoje opta-se pela perspectiva psicossocial, a partir de uma mudança de paradigma provocada por Martín-Baró (1985), que convoca reflexões sobre a relação entre sociedade e indivíduo para avaliar o fenômeno.

Em *Explicação da Violência, como expressão social: política e econômico*, apresentamos o que a literatura chama de explicação social da violência, partindo da violência no contexto do modelo de produção capitalista e de como este influencia na reprodução cotidiana na sociedade. Sabemos que anteriormente ao capitalismo já existiam atos violentos e/ou demonstração de agressividade, contudo, compreendemos que o atual modo de produção potencializa tal fenômeno, tornando-o necessária para sua reprodução (Engels, 2012).

Em síntese, o mapeamento dessas linhas explicativas da violência pode orientar o percurso analítico deste trabalho, sobretudo para: a) evidenciar como as diferentes explicações da violência incidem na forma de compreendê-la e, conseqüentemente, na formulação e implementação de políticas públicas; b) explicitar a disputa de saberes que atravessa a temática; c) indicar que a interdisciplinariedade requerida para explicar a violência e para atuar na política de saúde precisa ser articulada por mediações teórico-metodológicas consistentes, a fim de evitar reducionismos e de assegurar a apreensão do fenômeno em sua totalidade sócio-histórica.

Dito isso, iniciamos pelo conjunto de explicações de matriz biológica, examinando seus pressupostos e, sobretudo, seus limites para apreender a violência em sua totalidade sócio-histórica.

2.1 Explicação biológicas, existem limitações?

O senhor disse a Caim: “Por que você está furioso? Por que transtornou o seu rosto? Mas, se não o fizer saiba que o pecado o ameaça à porta, ele deseja conquistá-lo, mas você deve dominá-lo” Disse, porém, Caim e seu irmão Abel: “Vamos para o campo”. Quando estavam lá, *Caim atacou seu irmão Abel e o matou*.

Gênesis 4:3-8 (grifo nosso).

Para iniciar esse tópico, muito se pensou por onde começar a abordar tal temática, contudo, diversos autores que se dedicaram a estudar a violência (Andrade, 2019; Minayo 1996; Pires, 2020; Flores, 2002) relembram a passagem bíblica do famoso ato de violência explícito à humanidade — a morte de um irmão causada por outro. Ressaltamos, porém, que mesmo utilizando-se da mesma passagem, cada autor parte de um *locus* epistemológico distinto.

Utiliza-se este trecho para iniciar o debate dos aspectos biológicos da violência, ao tempo que Girard (1990) apresenta seu argumento a respeito da relação entre sagrado e a violência. De início, trazendo a violência como algo intrínseco ao homem, o autor argumenta que nessa relação entre sagrado e violência é a realizada a utilização de sacrifícios para minimizar a violência interna, utilizando a “vítima sacrificável” (Girard, 1990) para dissipar esse instinto.

Dessa forma, Girard (1990), em seu estudo “violência e o sagrado”, observa como os irmãos Abel e Caim utilizaram-se desses recursos sacrificiais para justificar os atos violentos. O autor apresenta que: “Só é possível ludibriar a violência fornecendo-lhe uma válvula de escape, algo para devorar” (Girard, 1990, p. 15), em alusão à lógica do sacrifício como forma de naturalização da violência, inclusive a partir do discurso religioso, que ora controla a violência, outra dela se utiliza para conquistar poder.

Andrade (2019) apresenta que as explicações sobre violência sempre foram uma questão para sociedade, afinal, tal fenômeno sempre esteve presente na história. A autora aponta que a “[...] violência constitui intrincado tema que historicamente desperta interesse tanto no meio científico, quanto no âmbito do senso comum, devido suas repercussões na vida social” (Andrade, 2019, p. 148).

Assim, um dos campos a se interessar teria sido o biológico, que, por sua vez, teve maior legitimidade como campo de conhecimento perante as outras ciências que também foram se constituindo e formando saberes. A corrente que vislumbra tal teoria recorre às explicações biológicas para defender que “[...] a violência resulta da interconexão de fatores biológicos e sociais” (Imura; Silveira, 2010, p. 26), ou seja, para a perspectiva biológica, a violência é algo natural do ser humano em cuja interação com meio influencia o modo do seu desenvolvimento.

Na mesma direção, Flores (2002) apresenta que a biologia pode trazer ganhos para a explicação da violência, visto que pode contribuir para a junção dos fatores sociais e biológicos e, desse modo, a presença da explicação biológica pode acarretar novas formas de enfrentamento à questão.

O autor argumenta, em compasso com Andrade (2019), a existência de uma separação histórica entre as explicações biológicas e culturais da violência, contudo, eles diferem nos

motivos que levam à tal separação. Andrade (2019) tem como pretensão apresentar um debate teórico sobre violência, apresentando diversas perspectivas, dentre as quais a biológica, enquanto Flores (2002), por sua vez, argumenta que o biológico deve estar presente para avaliação dos fatores que compõe a violência, visto que

No exercício prático da resolução de problemas sociais, a exclusão dos aspectos biológicos, como a relevância de certos estados mentais nas condutas violentas, leva à ausência de recursos de saúde e assistência social, na sociedade, para auxiliar indivíduos predispostos a comportamentos violentos a lidarem com suas circunstâncias (Flores, 2002, p. 198).

Em sua argumentação, Flores (2002) conceitua violência relacionada à criminalidade e/ou algum transtorno mental, algo apresentado por outros autores quando vão debater sobre a questão da violência e o biológico. Ele apresenta em seus estudos que “[...] a relação entre genética e criminalidade violenta e sistemática parece ser mediada pelo conceito do transtorno de personalidade antissocial, um problema crônico, de início na segunda década de vida” (Flores, 2002, p. 198).

Apesar deste tópico abordar questão do cunho biológico, recorremos a autores de outras áreas do conhecimento que acabam sendo utilizados para validar este campo teórico, ao tratarem a violência como algo inerente ao homem ou comportamental, como é o caso de Hobbes (2004), quando enuncia sobre *a natureza do homem*, apesar de fazer conexões entre homem, sociedade e Estado, o filósofo apresenta a ideia de contrato social, apontando quais as determinações para a permanência do homem nesse Estado. Contudo, Souza (2009), em sua análise, argumenta que autores como Hobbes delimitam uma teoria de violência ao apresentarem essa natureza do homem, assim, tal teoria explica que é “[...] própria *da natureza humana*, das paixões — apetites e aversões — que movimentam os homens em sociedade, e que necessariamente gera conflitos violentos na busca do prazer, da segurança e da honra” (Souza, 2009, p. 41).

Outros autores das áreas sociais também se debruçaram para compreender a natureza do homem e sua relação com a violência, estabelecendo essa naturalização da violência como algo instintivo e inato ao ser humano. Souza (2009, p. 178) apresenta que visões naturalistas e biológicas da violência acabam por colocá-la “[...] como um ‘déficit de integração’ promovido pela ‘questão social’”. Portanto, trata-se a violência, nesta perspectiva, de uma aporia que ameaça a ordem social”.

É neste passo, como apontam Imura e Silveira (2010), que a perspectiva biológica apresenta caminhos a-históricos em busca de explicações causais para violência. Um exemplo

trazido pelas autoras para este argumento é o a utilização de separação de gênero/raça para delimitar aspectos de violência, bem como índices de exames químicos. As autoras narram que essas teorias “[...] explicam a violência a partir do entendimento de que hipófise, tireoide, pâncreas, ovários, testículos e supra-renais produzem hormônios, em parte, em resposta a processos neuroquímicos que, por sua vez, são afetados por mecanismos de feedback por esses mesmos hormônios” (Imura; Silveira, 2010, p. 26), ou seja, seria retirada da compreensão da violência, nesta perspectiva, toda sua carga histórica, reduzindo-a a uma disfunção hormonal, logo, puramente biológica.

Andrade (2019) recupera estudos sobre explicações biológicas da violência e afirma sobre a perspectiva racista presente neles, ao fazerem leituras sobre a violência a partir desses aspectos, físicos e biológicos, muitas vezes, atribuindo a violência à raça e aos modos de vida de povos que foram colonizados, por exemplo. Ao passo em que tal perspectiva, utilizando de recursos hormonais, pode nos conduzir a uma perspectiva de naturalização da violência — por exemplo, da violência de gênero e doméstica, atribuindo institutos naturais a homens e mulheres.

Ainda na tentativa de argumentar sobre a importância dos aspectos biológicos para compreensão da violência, Flores (2002, p. 199) apresenta que:

[...] estudos preliminares de uma amostra de 21 jovens violentos, mas sem condenações criminais, de Porto Alegre, identificaram três variáveis cuja presença aumenta significativamente o escore de violência utilizado: problemas obstétricos, maus-tratos na infância e história familiar positiva de criminalidade.

Tal argumentação anuncia estudos que estavam sendo realizados, nos quais ele observava fatores sociais que podem ter potencializados tais atos de criminalidade, novamente relacionando violência com criminalidade e/ou personalidade, e, conforme Souza (2009), podendo acarretar um viés culpabilizatório, a depender da análise empregada.

Outro argumento apresentado por Flores (2002) é a importância dos aspectos biológicos para o segmento jurídico, principalmente para a tomada de decisões a respeito de crimes que possam trazer impacto para sociedade. Ele discorre que os conhecimentos acerca da genética podem contribuir, junto às análises jurídicas e psicológicas, para a compreensão do pensamento humano e destaca novamente que a avaliação biológica poderá ser uma ferramenta para compreender atos violentos.

O conhecimento biológico trará profundas mudanças ao pensamento jurídico, quando puder alcançá-lo. Por exemplo: como os instintos sociais humanos não foram desenvolvidos para uma sociedade como a nossa e sim, para a convivência em pequenos bandos, o direito deve levar em conta que a estrutura mental humana predispõe os indivíduos a certas regras epigenética de pensamento (Flores, 2002, p. 201).

O autor apresenta ainda que seu intuito é que o biológico não seja esquecido ou deixado de lado, pois considera que as teorias sociais não possuem boa compreensão a respeito da perspectiva. E segue tece comentários de que almeja findar mais estudos a respeito dos aspectos da subjetividade dos processos que englobam a violência, apresentando que “[...] mesmo que a causa inicial de um processo de violência seja eminentemente social, como uma guerra, por exemplo, o entendimento dos processos que se seguirão, no desenrolar do conflito, deve levar em conta os modelos de funcionamento da mente” (Flores, 2002, p. 201).

Minayo (2003) comenta a abordagem de Flores de apresentar a teoria explicativa biologista da violência sinalizando que ele retomou o debate para a cena de pesquisa nos anos 2000, após aparentar ter sido essa uma temática superada, na década de 1990, pelos principais setores que se aprofundaram na temática. A autora aponta que Flores propõe resultados já encontrados anteriormente e que “[...] o entendimento de que existe uma relação entre o biológico e o social e entre o subjetivo e as condições sociais, na configuração dos sujeitos violentos e criminosos” (Minayo, 2003, p. 40).

A principal linha de argumentação dos teóricos da explicação biológica da violência narra sobre como os aspectos sociais podem potencializar os biológicos e pré-existentes. Imura e Silveira (2010, p. 26) apontam que “[...] as teorias biológicas modernas não defendem um determinismo biológico, mas argumentam que certas características biológicas aumentam a probabilidade de os indivíduos se engajarem em certos tipos de comportamento antissociais e violentos”.

Minayo (2003) novamente salienta que tal perspectiva evidencia uma relação preconceituosa e de estrutura de classe, ao ponto que apresenta que a maioria dos “indivíduos violentos” pertence às classes subalternas. Assim, a perspectiva biológica, apesar de não fazer análise social profunda, acaba delimitando qual classe está mais propícia à violência, à morte e à criminalização. A autora afirma que

[...] a divergência em relação às teorias biologicistas é, sobretudo, política, pois todo o conhecimento já desenvolvido pela sociologia e pela psicologia criminal demonstra serem as pessoas das classes subalternas muito mais facilmente ‘apreendidas em delitos’, do que as das classes dominantes (Minayo, 2003, p. 41).

Assim, podemos pensar que Flores (2002), apesar dos esforços para apresentar sua contribuição para o campo de estudos da violência e sobre como a biologia poderia somar, o faz com limitações ao não evidenciar a não hierarquização das teorias, bem como a necessidade de uma compreensão interprofissional para análise do fenômeno.

Afinal, apesar do autor argumentar que o campo biológico pode contribuir para a análise dos estudos da violência, ainda se percebe uma tendência deste sobressair a outras teorias, sendo que o que tem se apresentado com os avanços é a conexão dos saberes, como demonstra Minayo (2003, p. 40), que não acredita em uma “[...] visão unilateral de qualquer disciplina, seja da biologia, da psicologia e também da sociologia, como portadoras de uma explicação causal totalizante sobre o fenômeno da criminalidade e, de forma mais ampla, da violência”.

2.2 Abordagens psicossociais

A Psicologia é convocada a pensar a violência decorrente de uma visão de ajustamento do indivíduo à ordem social, visão que a própria profissão carregou (Martín-Bardó, 2009), assim, ela se coloca como campo científico em disputa para deliberar caminhos interventivos e explicativos para a violência.

Apesar de a Psicologia ser apontada como profissão a serviço do capitalismo (Martín-Bardó, 2009; Cordeiro, Spink, 2018), sendo um “[...] instrumento que buscou tranquilizar as consciências apontando as vantagens da modernidade tecnológica” (Dias, 2020, p. 12), ela avança em seus objetivos, ultrapassando a visão de centralidade do indivíduo diante da sociedade, passando a incorporar elementos do cotidiano na subjetividade, inclusive como fatores causadores de sofrimento (Martín-Bardó, 2009).

No que concerne ao debate sobre a violência, ao longo da história os autores da Psicologia se debruçaram sobre a tentativa de descrever este fenômeno. Um dos mais conhecidos pela literatura é Freud (1930), o psicanalista, apesar de oferecer reflexões sobre violência, não deixa uma obra explícita sobre o conceito. Contudo, ao explicar, por exemplo, questões atreladas à consciência humana, desejos e impulsos, ele vai traçando linhas sobre o fenômeno.

Mesmo sem aprofundar no tema, Freud (1930) apresenta pontos relevantes para pensarmos o fenômeno da violência. Em primeiro a avalia como instintiva ao ser humano, sendo ela inerente ou imutável, uma visão que a vertente biológica acaba validando. Assim, Freud (2005, p. 38), apresenta que “[...] os instintos humanos são de apenas dois tipos: aqueles que tendem a preservar e a unir e aqueles que tendem a destruir e matar, os quais agrupamos como

instinto agressivo ou destrutivo”. Nesses primeiros momentos, ele associa a violência à ordem natural do homem, como passíveis de controle ou não.

Em outra obra, *O mal-estar da civilização*, Freud apresenta um debate que acaba sendo ponto de partida para temas de pesquisas e reflexões até o presente momento, ao apresentar atos violentos/agressividade e violência como quase sinônimos (Vilhena; Maia, 2002). Freud argumenta que esses atos de violência são incontrolláveis, assim como institutos naturais do homem, tendo essa tendência à agressão, à violência, sendo os atos violentos respostas a esses instintos:

Em consequência disso, para ele (o homem) o próximo não constitui apenas um possível colaborador e objeto sexual, mas também uma tentação para satisfazer a tendência à agressão, para explorar seu trabalho sem recompensá-lo, para dele se utilizar sexualmente contra a sua vontade, para usurpar seu patrimônio, para humilhá-lo, para infligir-lhe dor, para torturá-lo e matá-lo (Freud, 2005, p. 50).

Além de colocar a violência no campo natural, Freud a insere no campo político, decorrente do contexto que o assola — pós Primeira Guerra Mundial e crise da bolsa de 1929. Em seu texto *Por que Guerra?* um diálogo estabelecido de forma epistolar com Albert Einstein, apresenta postura mais pessimista diante do cenário e, novamente, apresenta a violência como “[...] um princípio geral de que os conflitos de interesses entre os homens são resolvidos pelo uso da violência. É isto o que se passa em todo o reino animal, do qual o homem não tem motivo por que se excluir” (Freud, 2005, p. 30).

Consonante à relação estabelecida por Freud, Minayo (2003, p. 29) avalia que ele adota uma postura de compreensão da violência para além dos instintos, sendo “[...] como instrumento para arbitrar conflitos de interesse, sendo, portanto, um princípio geral da ação humana diante de situações competitivas”.

Ao ponto que o autor abre caminhos para se pensar a violência e agressividade, tal tema se torna alvo de pesquisa para apontar explicações e intervenções à violência. Vale destacar que a perspectiva freudiana brevemente apresentada vai ao encontro dos estudos biológicos, tomando como exemplo para tal associação o estudo de Flores (2002), em que o discurso biológico é utilizado para a explicação de comportamentos violentos associados à violência.

Entretanto, esta perspectiva não é unânime no campo da Psicologia. Na contramão do argumento biológico e naturalizante da violência, as pesquisadoras Vilhena e Maia (2002, p. 29) afirmam que “[...] estamos habituados a encarar a violência como um ato enlouquecido, pelo prisma de uma exceção, ou seja — como transgressão de regras, normas e leis já aceitas por uma comunidade”. Desta forma, argumentam que há uma diferença entre violência e atos

violentos e/ou agressividade. Para as autoras, “[...] a agressividade, ao contrário da violência, inscreve-se dentro do próprio processo de construção da subjetividade, uma vez que seu movimento ajuda a organizar o labirinto identificatório de cada sujeito” (Vilhena; Maia, 2002, p. 35). Ou seja, enquanto a agressividade se apresenta no campo da subjetividade e pode ser passível de intervenção, a violência é da esfera exterior ao indivíduo e perpassada por outras questões.

Ainda no espaço das explicações de possíveis interferências do campo social na subjetividade, Klineberg (1981), que parte de uma vertente da Psicologia Social, argumenta que fatores sociais interferem nos atos de agressividades dos indivíduos, sendo estes inerentes ao ser humano. Tal argumento endossa o já apresentado de Vilhena e Maia, demonstrando como há relação profunda e indissociável entre o contexto social e os processos de subjetivação. Isso imprime no debate da violência, como aprofundado mais à frente, uma necessária complexidade no trato com o tema, demonstrando que, diferente da perspectiva biológica e psicológica defendida por Freud, não há separação ou hierarquização entre o biológico e o social, mas uma densa trama de relações histórica e materialmente produzidas.

Retornando a Klineberg (1981), há o argumento de que o sujeito se torna violento a partir das frustrações. Ele afirma que “[...] *la mayoría de los especialistas en psicología social convendrá en que la frustración aumenta la probabilidad de violencia. pero que otros varios factores contribuyen a que se dé realmente un comportamiento violento*” (Klineberg, 1981, p. 129)³. Este argumento orbita o que o autor apresenta como sentimento de revolta, desejo de mudança e/ou não acesso a questões básicas que podem originar comportamentos violentos.

Apesar de considerar fatores socioculturais para se pensar violência, o autor ainda corrobora com a perspectiva de que ela é algo natural do ser humano e, inclusive, passível de ser apreendida e/ou reproduzida, considerando o contexto em que este estiver inserido. Klineberg traz que “[...] *se aprende del éxito más fácilmente que del fracaso. Pasamos con esto a la cuestión más general de la violencia como forma de comportamiento aprendido*” (1981, p. 127)⁴. Assim, ele dialoga com aspectos biológicos e psicossociais, compreendendo que uma perspectiva de ajustamento ou alteração do ambiente poderá alterar o comportamento da pessoa ou da sociedade violenta.

³ A maioria dos especialistas em psicologia social concordará que a frustração aumenta a probabilidade de violência. Mesmo que outros vários fatores contribuam para que realmente aconteça um comportamento violento (tradução livre).

⁴ Aprende-se com o sucesso mais facilmente do que com o fracasso. Voltamos com isso a questão mais geral da violência como forma de comportamento aprendido (tradução livre).

Dessa forma, nota-se que a Psicologia veio adotando perspectivas que mesclam o subjetivo com o social e o biológico, conferindo a esses a possibilidade de interferência na constituição da violência. Este caminho, de pensar a violência relacionada ao contexto de saúde, pode evidenciar uma perspectiva individualista e centrada apenas do indivíduo como forma de tratamento da violência (Minayo, 2003), ao passo que pensamos a violência como algo coletivo e que, por vezes, se manifesta na esfera individual e/ou subjetiva (Minayo, 2003; Pires, 2020).

Na medida em que temos autores da Psicologia que mesclam o bio-psico com interferências do social, também apresentamos uma perspectiva da Psicologia Social Crítica⁵ (Cordeiro; Spink, 2018). A Psicologia Social surge no Brasil com a finalidade de ser “[...] uma severa crítica ao modelo biologista e, principalmente, a defender uma ciência comprometida com a transformação social” (2018, p. 1070), assim ela sofre influência de diversos movimentos políticos efervescentes que questionavam essa maneira de compreender o mundo na década de 1960, como a teologia da libertação.

Um dos autores de destaque no campo da Psicologia Social que apresenta o tema da violência é Martín-Baró (1985), que traz uma vertente da psicologia latino-americana, com o propósito de romper com as expectativas já postas pelas outras ciências naturais e sociais. O autor, inserido em um contexto de guerras civis na América Central, narra argumentos a respeito do papel da Psicologia na atenção das pessoas vítimas dessas violências, fruto das guerras civis. Dias, em compasso com Martín-Baró, apresenta que “[...] o papel da psicologia seria obter uma visão da realidade social como uma construção histórica, e demonstrar o conflito existente na ordem social; portanto, existe um papel político da psicologia” (2020, p. 17).

Assim, o autor apresenta uma visão estrutural da violência, ao passo que constitui a violência “[...] aquela que aplica a força contra alguém de maneira intencional, isto é, aquela ação pela qual se pretende causar danos em outra pessoa” (Martín-Baró, 1985, p. 365). Martins e Lacerda (2014) apontam que Martín-Baró apresenta visão explícita e multifacetada da violência, passando a ter um caráter histórico e sinalizam que “[...] a violência passa a ser definida enquanto um processo histórico, pois o ato violento é efetivado pelo ser humano, cuja natureza é histórica e, portanto, aberta a diversas e contraditórias possibilidades” (Martins; Lacerda, 2014, p. 576).

⁵ Aqui não se tem objetivo de analisar as correntes teóricas ou abordagens da Psicologia, foi apresentada a Psicologia Social Crítica, decorrente da revisão de literatura, onde a autora em questão se apresentou como destaque sobre o tema. Sendo o termo “psicologia social crítica” utilizado para distinguir outros ramos dentro da própria abordagem (Cordeiro; Spink, 2018).

Assim, como outros autores, Martín-Baró não deixou obra pronta dedicada aos estudos da violência, mas suas produções sinalizam concepções, sendo um dos grandes saltos a concepção psicossocial da violência (Martins; Lacerda, 2014), baseada em uma percepção histórica, materialista e contraditória da realidade. Desse modo, há uma transformação da violência — o que antes era algo inato ao ser humano, a partir da concepção teórica adotada pelo autor, transforma-se em uma complexa trama produzida no seio da realidade material e contraditória da sociedade. Segundo Martins e Lacerda (2014, p. 576),

[...] esta nova fase se manifesta, psicossocial, especialmente, por meio da elaboração de uma concepção histórica de violência, assim como pela crítica, cada vez mais clara, aos modelos dominantes sobre a violência, especialmente as concepções inatistas e aquelas que tentam abordar a violência desde uma perspectiva neutra e asséptica.

Tendo agora como foco a sociedade, a intervenção, tanto da Psicologia como dos estudos, se transforma para repensar as relações de dominação e dependência. Sob essa nova perspectiva, Martín-Baró (2006, p. 7) afirma que o objetivo seria “[...] a conscientização, isto é, ele deve ajudar as pessoas a superarem sua identidade alienada, pessoal e social, ao transformar as condições opressivas do seu contexto”.

Assim, Martín-Baró (1985) defende que a violência deve ser vista a partir da óptica psicossocial, dentro da concepção materialista-histórica e dialética, com a finalidade de um dia ser utilizada a favor da classe trabalhadora, argumento também utilizado por Engels (2016), dentro de uma perspectiva revolucionária da violência.

Martins e Lacerda (2014), que avaliaram as contribuições do autor sobre estudos da violência para campo da Psicologia, apontam que essa perspectiva revolucionária de pensar a sociedade se apresenta como ruptura do pensamento subjetivo do sujeito, na relação com a sociedade, “[...] pois vai além das concepções psicologistas de violência que explicam o ato violento a partir do interior do indivíduo ou que naturalizam processos violentos e, assim, justificam as estruturas da sociedade capitalista” (Martins; Lacerda, 2014, p. 577).

Deste modo, chegamos ao ponto em que, novamente, a explicação sobre a violência a partir da ótica psicologizante não responde à sua totalidade, visto que em momentos ela foi tratada como natural ao ser humano, necessitando de ajustes decorrentes da necessidade da vida em sociedade (Freud, 2005; Klineberg, 1984), sendo estes caracterizados como psicobiológicos, assim como possuiu vertentes a respeito de uma perspectiva psicossocial ancorada no materialismo-histórico dialético e, apesar de reconhecer os impactos da violência na subjetividade humana, a vislumbra como caminho de superação da ordem societária.

Apesar do campo psi avançar no reconhecimento da unificação de fatores biológicos e sociais para explicação da violência, demonstra que há, ainda dentro do campo da Psicologia, diversas maneiras de se compreender a violência, causando disputa interna de intervenção e problematização da categoria. Dessa forma, no próximo tópico apresentamos debates sociais da violência, com a finalidade de expor como o campo social é um terreno fértil para a materialização da violência, assim podemos vislumbrar mais uma possibilidade de compreensão da categoria.

2.3 Explicação da Violência como expressão sociopolítica e econômica

“A violência é a parteira de toda sociedade velha que está prenhe de uma sociedade nova. Ela mesma é uma potência econômica” (Marx, 2015, p. 533).

A conceituação de violência como uma categoria em disputa, como demonstrado anteriormente, se vale de diversas construções teóricas de diferentes campos do saber. Os estudos no campo social não ficam à parte de tentar delimitar sentido ou determinação para a violência. O que as possíveis explicações apresentam em comum — desde a biológica, passando pela psicológica e chegando até aqui — é a tentativa de oferecer uma explicação que, como consequência, traga também uma solução para a questão.

Misse, sociólogo contemporâneo, avalia que os ditos “pais da sociologia”, Durkheim, Weber e Marx, trouxeram a violência em seus trabalhos para subsidiar reflexões a respeito de suas temáticas de pesquisa e teorias, contudo, “[...] jamais a violência, esse substrato presente em todas elas, ganhou estrutura teórica própria e tratamento diferenciado” (Misse, 2015, p. 49). Assim, o autor reforça o argumento de que a violência no campo social não deveria ser algo transversal a outros temas, como guerras, conflitos, comportamentos desviantes, mas sim como uma categoria tão central para formação da sociedade quanto as outras.

Desse modo, as explicações sociais da violência também perpassam um debate de organização da sociedade, a partir das relações sociais existentes, além dos modos como ela contribuiu historicamente com o desenvolvimento econômico da civilização. Como sinalizado, apresentaremos algumas dessas perspectivas.

Durkheim (1999), ao trazer as regras do método sociológico, não apresenta um debate sobre ou a definição de violência, ele a perpassa a partir da organização da sociedade, atrelando-

a aos fatos sociais⁶, logo, a fenômenos manifestos a partir da sociedade, não a algo individual, sendo a partir da coesão que tais fatos se tornariam coletivos em uma perspectiva de reprodução de comportamentos.

Partindo de sua linha argumentativa, Durkheim possui uma visão sistêmica da realidade, na qual cada um possuiria uma função. Assim, a sociedade estaria em harmonia a partir da funcionalidade plena desse sistema. Neste aspecto, o autor apresenta o debate de violência atrelado ao de criminalidade (Souza, 2009; Oliveira, 2008), ao passo em que sua preocupação seria verificar se o comportamento criminal pode danificar ou não o funcionamento da sociedade.

Oliveira (2008) argumenta que o sociólogo apresenta estudos sobre criminalidade e delinquências, bem como que suas reflexões trouxeram impactos para os estudos biológicos do comportamento humano. Apresenta ainda que Durkheim, ao se preocupar com esta questão, corrobora com sua teoria funcionalista, já que “[...] Durkheim [foi] quem primeiro sugeriu que as taxas de criminalidade só poderiam ser devidamente estudadas tomando-se em consideração as normas sociais e a ruptura dessas normas que se operam na sociedade”. (Oliveira, 2008, p. 47).

Durkheim (1999, p. 67) aborda o crime⁷ como algo necessário à sociedade, “[...] o que é normal é simplesmente que haja uma criminalidade, contanto que está atinja e não ultrapasse, para cada tipo ideal”. Nessa perspectiva, o crime desempenharia uma função social de diferenciação do normal e do patológico. O autor considera que o crime ou a alteração da norma estabelecida pode ser benefício para evolução da sociedade, visto que nem toda regra é dada como natural.

Desta forma, concordamos com Sousa (2008) que, ao abordar a violência como consequência de um crime, traz um conceito de violência positivista, como natural a sociedade. Sousa (2008, p. 178, grifo do autor) afirma que “[...] nessa perspectiva, de uma fratura, de uma patologia social existente a partir do fenômeno que é a maior ameaça à coesão social: o *pauperismo* — aquele que assola a classe operária e produz desordem política e moral”, colocando a violência

⁶ O autor assim conceitua fato social: “É fato social toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral da extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais” (Durkheim, 1999, p. 13).

⁷ O autor define crime como “[...] ato que ofende certos sentimentos coletivos dotados de uma energia que ofende certos sentimentos coletivos dotados de uma energia e de uma clareza particulares. Para que numa sociedade, dada os atos reputados criminosos pudessem deixar de ser cometidos, seria preciso que os sentimentos que eles ferem se verificassem em todas as consciências individuais sem exceção e com grau de força necessário para conter os sentimentos contrários” (Durkheim, 1999, p. 68).

sempre na relação de punição pela sua condição, condição esta produzida pelo próprio sistema desigual, mas neste momento não se tem uma razão crítica sobre as suas raízes.

Já na perspectiva weberiana, a violência se torna um caminho para analisar configurações de dominações, adquirindo um caráter instrumentalista da violência (Misses, 1999). Weber (1982) apresenta um método de análise sobre a sociedade conhecido como compreensivo (Soares, 2009), no qual descortina um debate acerca das instituições que conformam a sociedade. Nota-se que não há pretensão em sua análise de alterá-la, mas suas contribuições foram de extrema importância para o aprofundamento de instituições que conformam a sociedade burguesa.

Seu debate acerca de violência, sem muitas delongas, se dá quando ele discute sobre o Estado, construindo uma argumentação acerca das formas de legitimidade que este adota para continuar no poder (Weber, 1982). Nesse esteio, o Estado “[...] é uma comunidade humana que pretende, com êxito, o monopólio do uso legítimo da força física dentro de um determinado território” (Weber, 1982, p. 98), para, desse modo, assegurar o seu poder.

Nesse sentido, o autor apresenta que, para realização desse poder, há necessidade de uma dominação que ele caracteriza como: legal, tradicional e carismática⁸. Apesar de não realizarmos uma distinção mais detalhada entre elas, considera-se que a dominação legal pode assegurar esse uso da violência, já que ela está “[...] baseada em regras racionalmente criadas. Nesse caso, espera-se obediência no cumprimento das obrigações estatutárias” (Weber, 1982, p. 99). Com o status de normativa e burocrática, essa legitimidade é adquirida pelo Estado para institucionalização da violência, ocorrendo uma “[...] apropriação privada da violência para fins públicos” (Porto, 1999, p. 20).

Assim, o autor não legitima a violência como algo comum a todos, apresenta que ela é mais um instrumento utilizado pelo Estado para garantia da soberania de um Estado-Nação, ocorrendo uma institucionalização da violência, em especial a violência física. Assim, Porto (1999) aponta que Weber não apresentou uma teoria acerca da violência, mas trouxe considerações a respeito de suas manifestações na esfera das instituições, em especial o Estado moderno.

Deste modo, chegamos ao que compreendemos como concepção marxista da violência, ao passo em que Marx (2015) também não vislumbra um estudo específico para a temática, ele

⁸ Aqui não se fará necessário desmembrar as características de cada um dos tipos de dominação, considerando não ser esse o objeto central do trabalho. Contudo, avalia-se que elas exercem extrema influência para se pensar a conformação das relações do Estado, bem como as relações sociais. Para aprofundar o debate, Cf. Weber, 1982.

reconhece a violência como inerente à sociedade burguesa. Iniciou-se este tópico com sua famosa citação “a violência é a parteira de uma sociedade”, assim, é possível começar a entender a violência não mais como algo natural da sociedade ou como mais um instrumento de dominação, mas sim enquanto um elemento que conforma o capitalismo e se modifica a depender das relações de força vigentes. Sendo assim, percebemos a violência com uma natureza contraditória, para além de uma categoria em disputa.

Para compreendemos essa relação contraditória da violência se faz necessário analisar o significado do capitalismo, visto que, apesar de ser um sistema que se inicia com a intenção disseminar uma liberdade objetivando uma ascensão social individual entre os sujeitos, ele se reproduz através da superexploração da força de trabalho, bem como destes indivíduos (Marx, 2015).

Dessa forma, o sistema se apresenta como um sistema livre e revolucionário, em contraposição ao sistema feudal, mas altamente explorador e dominador, como apresenta Marx (2015, p. 515), ao afirmar que os “[...] recém libertados só se convertem em vendedores de si mesmos depois de lhes terem sido roubados todos os seus meios de produção, assim como todas as garantias de sua existência que as velhas instituições feudais lhes ofereciam”.

Assim, a violência é utilizada para além de instrumento de dominação, para alteração de uma ordem vigente e criação de outra; ela pode ser vista como necessária à evolução da humanidade. A violência é modificada a partir das necessidades do modo de produção capitalista. Como aponta Ianni (2002, p. 10):

As formas e as técnicas de violência adquirem não só outro alcance e características como novas manifestações e modulações, individuais e coletivas, materiais e espirituais. Estão profundamente marcadas pelas relações, processos e estruturas de dominação política, e apropriação econômica próprios do capitalismo, visto como modo de produção e processo civilizatório.

Marx (2015) aponta que, com a ascensão do capitalismo e a superexploração do trabalho, a violência imposta pelo capital sobressai e determina outras violências já vividas nas relações sociais. No capítulo da “legislação fabril”, de sua obra *O capital*, ele analisa as reivindicações por melhorias de trabalho feitas pelos trabalhadores, ao ponto em que as leis são regulamentadas para legitimidade da violência e exploração do capital, como a jornada de trabalho excessiva. Marx sinaliza que a violência pode se estabelecer a partir da relação entre o capital e o trabalho, trazendo rebatimentos para as relações familiares, por exemplo. A esse respeito o autor argumenta que

[...] não foi, no entanto, o abuso da autoridade paterna que criou a exploração direta ou indireta de forças de trabalho imaturas pelo capital, mas, ao contrário, foi o modo capitalista de exploração que, suprimindo a base econômica correspondente à autoridade paterna, converteu esta última num abuso (Marx, 2015, p. 371).

É nesta linha de argumentação que Silva (2009) apresenta como a violência, apesar de ser manifestada muitas vezes no âmbito individual, tem caráter coletivo, decorrente das “[...] desigualdades sociais particularizadas e fundamentadas, sob as condições objetivas oferecidas pelo capitalismo (a apropriação privada da produção social), possibilitam a materialização de diferentes formas de violência” (Silva, 2009, p. 270).

Engels (2016), compreendendo o modo de produção capitalista, considera a violência como processo de evolução da sociedade, expondo o caráter revolucionário que ela pode ter quando utilizada pela classe trabalhadora. Em *O papel da violência na história* (2016), o pensador expõe que a violência é determinada historicamente, relacionando-a com o poder, trazendo o aspecto econômico para sustentação da violência: “[...] é evidente que os fenômenos econômicos têm a sua raiz em causas políticas e, mais concretamente, na violência” (Engels, 2016, p. 18).

Engels apresenta que a violência perpassa a história e a evolução da sociedade. Descreve que as sociedades primitivas *genes* alteraram sua forma de organização, adquirindo a forma de uma “[...] nova sociedade civilizada, a sociedade de classes; os meios mais ultrajantes minam e derrubam a velha sociedade sem classes de genes: o furto, a violência, a perfídia e a traição” (Engels, 2016, p. 126), tendo por herança a violência como instrumento para suas formas de conquistas e dominação da propriedade privada e de territórios.

Engels (2016) desenvolve seu argumento afirmando que a guerras entre os povos da nova civilização e a sociedade de classes colocam a violência como nova tática para o desenvolvimento econômico, ao ponto em que a existência de guerras exigirá novas formas de trocas do mercado, desenvolvimento armamentista; assim, “[...] a introdução da pólvora e das armas de fogo não foi precisamente um ato de violência, mas um progresso industrial e, portanto, um progresso econômico” (Engels, 2016, p. 33).

A partir dos argumentos de Marx e Engels, podemos refletir sobre a função social da violência na atual sociedade capitalista, considerando a maneira de exploração de submissão da classe trabalhadora vivenciada na relação capital-trabalho, bem como a utilização da violência para impulso e desenvolvimento econômico. Colocando-a, assim, nesse campo de disputa à disposição das relações de poder vigentes.

Neste esteio, Arendt (2020) apresenta a necessidade da diferenciação entre poder e violência. Até o presente momento, os autores citados nas diversas perspectivas consideraram que ambos andam juntos, ou que são sinônimos, enquanto a filósofa apresenta que: “Poder e violência, embora sejam fenômenos distintos, usualmente, aparecem juntos” (Arendt, 2020, p. 69). Desta forma, a autora, contra-argumenta afirmando que poder é anterior à violência, tendo a última um caráter instrumental, pois possui necessidade de um direcionamento, exercido por alguém ou por um grupo que possui poder (Arendt, 2020).

Apesar de a autora apresentar uma visão política do processo da relação entre violência e poder, enquanto Marx e Engels apresentam mais aspectos econômicos, suas contribuições são de extrema importância para compreensão das matrizes da violência. Ainda sobre essa relação, ela afirma que a violência se estabelece quando o poder está enfraquecido (Arendt, 2020), contudo, o uso da violência nessa relação política de dominação não se faz suficiente, assim, “[...] a violência pode até ser justificável, mas nunca será legítima” (Arendt, 2020, p. 69).

Acreditamos que autora não parte da premissa da violência como revolucionária ou algo que a classe trabalhadora pode possuir e transformar a seu favor, como a tradição marxista apresenta. Para a filósofa, poder e violência fazem parte do processo político dos homens (Arendt, 2020), entretanto, “[...] nem a violência nem o poder são fenômenos naturais, isto é, manifestação do processo vital; eles pertencem ao âmbito político dos negócios humanos, cuja finalidade essencialmente humana é garantida pela faculdade do homem para agir, a habilidade de começar algo novo” (Arendt, 2020, p. 103). É importante ressaltar que, apesar de retirar a violência do argumento do campo biológico, Arendt reconhece que talvez esta seja única alternativa encontradas pelos sujeitos para a resolução de seus conflitos.

Partindo das análises marxistas, notamos que a violência toma outros contornos no atual estágio do capitalismo, no qual os níveis de exploração, banalização da vida e competitividade promovidos pelo modo de produção capitalista nos colocam a rever a violência de diversas formas.

Acrescentamos que no Brasil, diante do capitalismo dependente (Fernandes, 1975)⁹, a violência tenha sido mais uma estratégia de dominação e exploração, considerando a base escravista e colonial que formaram o capitalismo em território nacional. Desta forma, salienta-

⁹ A explicação do capitalismo dependente se dá por um duplo processo de exploração do excedente econômico — que realiza a manutenção interna e externa dos países desenvolvidos e em desenvolvimentos que afetam as relações políticas, sociais e econômicas, além de “[...] uma extrema concentração interna da renda, quanto uma dominação externa e uma drenagem de recursos permanentes” (Fernandes, 1975, p. 28).

se que o desenvolvimento do capitalismo no país se deu de maneira violenta, sob um regime autocrático e de exceção (Santos, 2020).

Esses argumentos se sustentam quando recorremos à dimensão da organização do capitalismo brasileiro, que tem em sua base a condição de dependência atrelada à herança escravista. A respeito do primeiro tópico, salienta-se a concepção de Marini (1975), que apresenta que, com a ascensão do mundo do trabalho formal diante do capitalismo, aqueles posteriormente inseridos ficariam à mercê dessa lógica de dominação.

Marini (1975, p. 25) resgata que o processo de industrialização latino-americano, por exemplo, “[...] não cria, portanto, como nas economias clássicas, sua própria demanda, mas nasce para atender a uma demanda pré-existente, e se estruturará em função das exigências de mercado procedentes dos países avançados”. Nesse sentido, as sociedades de capitalismo dependente — em especial as latino-americanas — têm como característica a superexploração da mão de obra para ingressar no ciclo do processo de industrialização mundial.

No caso brasileiro, esse contexto de dependência se intensifica com a herança do processo escravista. Moura (1994) aponta que o racismo é utilizado como estratégia para sociedades desenvolvidas exercerem dominação e violência em territórios ditos desconhecidos. No Brasil, o processo de escravismo, que durou aproximadamente 400 anos, encerrou-se com a necessidade de adaptação ao modo de produção capitalista. Moura (2025, p. 113) aponta que “[...] a mão de obra não aproveitada que antecede à abolição deveria ser marginalizada, para se colocar em seu lugar um trabalhador de acordo com a nova dinâmica da economia”.

Assim, o processo de abolição do escravismo no Brasil, segundo Moura (2025), vem carregado de “modernização sem mudanças”, ao passo em que se apresenta a necessidade de adequação do modelo de produção ao sistema capitalista que estava se consolidando nos países em desenvolvimento naquele período. Contudo, apesar das iniciativas do processo de industrialização no País e da demarcação do trabalho livre, o Brasil continuava a exercer relações de produção escravistas.

[...] era, portanto, uma modernização sem social. Em outras palavras: as estruturas básicas da sociedade brasileira ainda eram aquelas que procuravam manter e eternizar essas relações obsoletas, criando, com isso, uma contradição flagrante e progressiva com o desenvolvimento das forças produtivas que dinamizavam (Moura, 2025, p. 260).

Nessa toada, os processos de dominação e a herança escravista que rondam a história brasileira potencializam a narrativa de um País que tem, em sua gênese, a violência enquanto valor e instrumento de estruturação das relações sociais e que atualmente se expressa a partir

das desigualdades raciais presentes no Brasil e na atual condição de exploração da força de trabalho.

Nesse sentido, concordamos com as análises de Wievioka (1997), quando apresenta que a violência passa por novas questões, ao tempo do avanço do neoliberalismo, no processo de reestruturação produtiva e após acontecimentos históricos, como a Guerra Fria, e acrescentamos, no Brasil, a Ditadura Militar e o processo de crescimento do neofascismo (Silva, 2021). Dessa forma, a violência se apresenta “[...] no cruzamento do social, do político e do cultural, do qual ela exprime correntemente as transformações e a eventual desestruturação” (Wievioka, 1997, p. 36).

Acreditamos que as influências históricas, econômicas e sociais potencializam o terreno para a continuidade de atos violentos, bem como da violência cotidiana que perpassa as relações sociais vigentes. Nessa perspectiva, corroboramos com Minayo (2003) no que diz respeito ao fato de que, apesar de possuírem manifestações individuais, as violências se configuram em uma esfera coletiva, potencializada pelo modo de produção capitalista. Desse modo, responder a esses atos violentos de maneira individual seria corroborar com uma perspectiva individual e culpabilizante.

Acreditamos chegar em um ponto nodal da discussão. Mesmo que nesse esteio a ordem societária vigente possua extrema influência para pensar as raízes da violência, considerando o processo violento de produção e exploração do capital sobre o homem, este fenômeno não se encerra em uma separação total do individual, havendo uma relação dialética e tensional para compreensão da violência entre o individual e o social, o coletivo. Como aponta Silva (2009, p. 37):

Não significa que toda forma de violência deriva diretamente dessa ordem societária (ainda que ela seja intrínseca e estruturalmente violenta), mas que, no mínimo, a ordem do capital oferece o terreno sócio-histórico e as condições objetivas para a materialização de todo e qualquer processo violento (por mais pontual que pareça).

Tendo a violência a pretensão de se tornar um status público e coletivo, ela começa se tornar alvo de intervenção por diversos setores da sociedade — considerando que, por muito tempo, é vista como alvo do setor policial, judicial, pois muitos atos violentos são relacionados à criminalidade —, dessa forma, hoje é sempre passível de punição (Misse, 2015).

Chegamos ao ponto em que percebemos que tanto o campo social, quanto o biológico e o psicológico buscam explicações e determinações para violência, e notamos que cada um pode delimitar uma forma de intervenção passível de influenciar a visão social da violência hoje. Na

perspectiva biológica, podemos a sua herança manifesta atualmente na esfera judicial ou na naturalização da violência; já a Psicologia evidencia uma necessidade de explicação deste comportamento violento — a depender da perspectiva adotada; por fim, o social apresenta debates de organização da sociedade e formas como a violência é utilizada para manutenção da ordem vigente.

As três explicações, conforme apresentado inicialmente, vão utilizando uma das outras para tecer críticas ou complementar suas teorias, todas com uma finalidade — dar respostas ao fenômeno da violência. O que nos resta reconhecer é que a violência não pode ser respondida de maneira individual, afinal é produzida de maneira coletiva, expressa de maneira coletiva. Portanto, ela apresenta a necessidade de que seu enfrentamento possua caráter essencialmente coletivo.

Assim, partindo do objeto desta dissertação, no próximo tópico observamos como a violência passa a ser objeto de intervenção do setor saúde. Minayo (2006 p. 26) apresenta que “[...] a violência, em si, não é um tema da área de saúde, mas a afeta porque acarreta lesões, traumas e mortes físicas e emocionais”. Apesar de considerar os fatores biológicos, a saúde que a violência veio a impactar, ela avança no debate, bem como na própria concepção de saúde.

Desta maneira, tentaremos realizar uma apresentação de como o setor saúde aborda a temática da violência, tanto do ponto de vista teórico como do da consequência para os rebatimentos na produção de saúde.

3 VIOLÊNCIA NOSSA DE CADA DIA

Nesta seção temos como finalidade resgatar a relação entre violência e saúde; abordando como a primeira se tornou uma questão de saúde e como o setor viabiliza respostas às suas expressões. Entende-se que os atos de violência estiveram presentes na história da humanidade, inclusive a necessidade de cuidados de saúde, todavia, sempre atrelada a questões judiciais ou do debate moral; percebe-se que a saúde intervia nas refrações da violência — ou seja, os impactos que esta deixava nas pessoas afetadas. Desse modo, a dimensão estrutural e coletiva da violência não era evidenciada, afinal, a perspectiva apresentada tratava dos efeitos da violência nos corpos atingidos.

Esclarece-se que este capítulo aborda essa relação entre violência e saúde a partir da década de 1970, por ter sido esse o período em que se registraram as primeiras manifestações coletivas preocupadas em compreendê-la. A literatura aponta esse momento como o qual onde os movimentos sociais passaram a aprofundar a compreensão de como a violência se articula ao contexto social, evidenciando sua dimensão coletiva (Minayo, 2006).

Tal movimento revela a importância das lutas sociais pela saúde que vinham se realizando antes mesmo da década de 1970, pois foram estas que possibilitaram condições de uma ampliação da perspectiva de saúde. Laurell (1982) apresenta que a partir da década de 1950 até 1960 já se iniciam movimentos para problematizar o conceito de saúde-doença, de modo que a ampliação deste conceito está ligada aos processos das lutas sociais vigentes no período — principalmente no contexto latino-americano.

Além de resgatar perspectivas históricas sobre a relação de violência e saúde, traz uma perspectiva de violência como *determinação social de saúde*, um debate desafiador e comprometido com a linha teórica deste trabalho, o materialismo histórico-dialético; o intuito de alocar a violência para determinação se dá pela compreensão de que ela está inserida nas relações sociais de produção, logo, no processo de saúde-doença.

Nesse intuito, esta seção se propõe a realizar, em primeiro, um resgate do movimento histórico, trazendo os principais momentos para a consolidação do debate da violência para política de saúde, bem como a traçar um debate acerca da ampliação da violência como um elemento essencial à compreensão do modo de se pensar e como elemento estrutural da saúde no Brasil atualmente.

3.1 Violência e Saúde: caminhos para se pensar essa relação

Em 2022, o Brasil gastou R\$ 41 milhões do orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) com 17,1 mil internações hospitalares de vítimas de armas de fogo. As agressões intencionais representam 75% das hospitalizações causadas por violência armada.

Jornal da USP, jan. 2024.

Violência e acidentes são quarta maior causa de morte. Praticamente uma em dez mortes confirmadas neste ano são decorrentes de acidentes, lesões corporais, homicídios e agressões. Com 91.705 óbitos registrados a violência é o quarto fator que mais mata no Brasil.

Veja, dez. 2024.

Iniciamos o tópico com passagens de duas reportagens sobre as temáticas da violência e da saúde que assolam o Brasil na contemporaneidade. De maneira breve, percebemos que uma preocupa-se com os impactos da violência no financiamento do setor saúde, enquanto a outra relata quais são os maiores motivos de mortes que afetam os brasileiros. Embora tenham focos distintos na abordagem da temática da violência, ambas as reportagens exprimem uma ideia em comum: a violência hoje é uma questão de saúde pública.

Minayo (2006) apresenta que a violência se tornou uma questão de saúde pública decorrente dos movimentos identitários — como os feminista, de defesa da criança e adolescente, idoso etc. —, atrelada aos grandes números de pessoas vítimas de violência que chegavam aos serviços de saúde.

Contudo, o que nos chama atenção é que essa breve inclusão aconteceu após o processo de redemocratização no País na virada do século XX, fazendo-nos, pois, questionar — baseados nas explicações da violência que apontam que ela está atrelada a história — os motivos pelos quais ela demora tanto a ser reconhecida pelo setor saúde. Se, como apresentado na seção anterior, o debate sobre a violência apresenta longo histórico de investigação a respeito de sua interface com o Estado, com os discursos biológico e psicológico, quais fatores impediram que o campo da saúde viesse a compreendê-la como alvo de sua intervenção? Será que a mudança na ampliação do conceito de saúde, após processo de redemocratização, pode ter influenciado a inserção do fenômeno no setor saúde?

Tais questionamentos surgem baseados na fundamentação sobre a disputa teórica da violência, bem como dos processos violentos que assolaram toda a história. No Brasil, episódios violentos constituem e fundamentam sua história — a exemplo da colonização, da escravidão

e da Ditadura Militar. Assim, a violência é mais um elemento determinante para a compreensão dos processos brasileiros.

3.2 A violência é uma questão apenas de saúde?

Iniciamos com uma pergunta, pois, por muito tempo, a violência foi vista como uma questão única e exclusivamente de justiça e/ou policial — visão que continua a assolar os tempos atuais. Tal visão pode ter se dado tanto pela regulamentação das relações sociais, através das leis e acordos estabelecidos no mundo moderno, bem como pela perspectiva de que atos violentos poderiam afetar a propriedade privada, o individual, necessitando, assim, de punição.

Desta forma, podemos vislumbrar que as explicações da violência eram pensadas para dar luz a comportamentos violentos e pensar tanto formas de abdicá-los como de puni-los ou ajustá-los. Atualmente, Misse (2015, p. 53) concorda que “[...] hoje praticamente não há violência que não seja criminalizável e mesmo crimes não violentos são, muitas vezes, representados socialmente como violências”.

Assim, a temática da violência perpassava debates nos âmbitos da segurança, da política e da justiça. No âmbito da saúde, adentra o setor no final da década de 1970, decorrente do movimento de médicos preocupados com a saúde de crianças que chegavam apresentando sinais de maus-tratos em seus consultórios (Minayo, 2006). Ressalta-se que neste período histórico a política de saúde no Brasil possui um caráter individual e privatista, seguindo a lógica do complexo-previdenciário (Menicucci, 2024), limitando assim o acesso ao direito à saúde da população.

Desta maneira, aqui cabe uma breve e até tímida contextualização do contexto de saúde no período. Relembramos que, a partir do ano de 1964, o Brasil viveu o golpe civil, militar e empresarial que, além de trazer interferências para liberdades individuais e coletivas, também as trouxe para as políticas sociais.

No que se refere à política de saúde, Menicucci (2024) aponta que o setor saúde se organizou a partir da intermediação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966, e que oferecia saúde aqueles que dispunham de vínculo trabalhista, sendo, assim, contribuintes — ou seja, configurando uma relação de obrigatoriedade ao trabalho para acesso a direitos sociais (Boschetti, 2016).

Com o regime cívico-militar, a política de saúde adquire contornos já esperados por aqueles que estavam no poder, tendo ela características com “[...] ênfase na medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar”

(Menicucci, 2024, p. 2). Dessa maneira, o cuidado e o acesso à saúde ficaram centrados na figura do médico, na doença e na limitação do acesso ao direito à saúde.

Apesar de um debate internacional, a partir da Primeira Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948 — que amplia o conceito de saúde para além da ausência de doenças (Bravo, 2013) —, o que se percebe no Brasil é a uma tentativa de consolidação do conceito de saúde ainda centrado na doença, no modelo hospitalocêntrico e curativo.

Desta forma, conforme a prevalência médica, o conceito de saúde vai se configurando a partir da individualização dos sujeitos. De encontro a isso, notamos que a violência também percorre tal caminho, ao passo em que aumentam os questionamentos sobre punições, avaliações sobre comportamentos violentos e, no caso, de um golpe civil-militar e empresarial no Brasil, utilizando-se da violência como estratégia de silenciamento e demonstração de poder e força para continuidade do regime político. Percebemos então que a violência é utilizada neste momento como proposto e desenvolvido por Weber, já que a violência empregada pela Ditadura Militar tem entre seus objetivos a manutenção dessa configuração de poder.

Desta maneira, quando pensamos a inclusão do debate sobre a violência no setor saúde, percebemos que vem carregada de um contexto conjuntural que a insere na lógica individual e centrada na doença. Assim, como aponta Minayo (2006), o conjunto de médicos que iniciaram movimentos para alertar sobre os índices de crianças espancadas possivelmente o fez sob uma óptica biológica da violência, considerando que “[...] a violência interessa ao setor da saúde, principalmente em razão do número de mortes que provoca, bem como pela necessidade de atendimento médico que têm as pessoas lesionadas” (Jorge, 2002, p. 1).

Nota-se que neste ponto a violência ainda perpassa uma perspectiva bio-psico, como apontado no primeiro tópico, evidenciando o caráter curativo desta e centrado nas respostas individuais, sem uma problematização de suas causas. Assim, apesar do avanço do conceito ampliado de saúde a partir da assembleia da OMS, a violência não acompanha tal evolução. Sob a égide da Ditadura Militar, a violência no campo da saúde é trabalhada a partir de seus resultados e não em um processo preventivo, evidenciando a perspectiva instrumental da violência no âmbito das relações políticas e econômicas.

Isto posto, inicia-se um debate para o setor saúde, no final da década 1980 e no início do processo de redemocratização, por dois vieses: um decorrente dos custos que a violência estaria causando para os serviços de saúde e outro pela própria pressão dos movimentos sociais, para reconhecimento de proteção a grupos que tinham a violência como socialmente naturalizada.

Em um primeiro momento, o debate da violência no setor saúde estava atrelado ao debate geral de acidentes, sendo englobados como objeto de discussão acidentes de carro, domésticos ou qualquer outra lesão e/ou ferimentos que a população sofresse em decorrência de evento externo. Assim, o debate da violência a nível de estatística não se configurava de maneira distintiva — ou seja, desde um acidente de trânsito a um furo de dedo por objeto perfurocortante, considerava-se um acidente, sem levar em conta para a estatística suas especificidades.

Conforme sinalizado anteriormente, o contexto social-político e econômico também determina a face da relação entre violência e saúde. Com o processo de redemocratização e um novo conceito de saúde, agora institucionalizado pelo próprio Estado, e a constituição do SUS — enquanto uma estratégia do movimento de reforma sanitário Brasileira (Matos, 2017) — o setor saúde percebe que sua atuação se dará para reparar os impactos causados pela violência, conforme aponta Minayo (1994, p. 13):

A área da saúde tem, tradicionalmente, concentrado seus esforços em atender os efeitos da violência: a reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações.

Assim, percebe-se um esforço do setor saúde para o atendimento das vítimas às pessoas que passaram por acidentes ou violências, a partir de uma óptica da reabilitação. Mas devido à nova configuração da organização do sistema de saúde, também agora a saúde inicia ações de caráter preventivo ao debate da violência, tendo em vista os impactos que estas podem causar tanto a nível individual como a nível coletivo.

A inserção da pauta violência/acidentes no Brasil ocorreu de maneira gradual, a nível internacional, apenas em meados de 1990, momento em que se deram debates para reconhecimento e legitimidade da questão ao setor saúde. Assim, em 1994, após encontro da Organização Mundial da Saúde (OMS), inserem-se na pauta os impactos da violência na saúde da população, havendo uma cisão extremamente importante: a diferenciação entre violência e acidentes.

Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a OPAS e a OMS começaram a falar especificamente do tema “violência” (e não apenas “causas externas”), congregando as várias discussões (sempre dispersas e com pouca legitimidade institucional, até então) que vinham ocorrendo nos diferentes âmbitos e em alguns países (Minayo, 2006).

Apesar do avanço na separação entre violência e acidentes, ainda notamos um esforço ínfimo no avanço para a inclusão da violência na agenda do setor saúde — talvez por ser uma categoria em disputa, complexa e contraditória, que pode atender a alguns interesses. Pires (2020, p. 120) argumenta que a violência pode ser vista “[...] como um meio utilizado para assegurar a dominação de classe, se afirmar como estratégia de lutas em prol de transformação social, mas também como objeto de estudo e intervenção das políticas sociais, se diversifica e se generaliza, conforme já foi explorado”. Desta forma podemos avaliar que sua inclusão no setor saúde exigiu a articulação intersetorial e pensada dentro de uma lógica de transformação social.

É neste ensejo que a OMS lança, em 2002, o Relatório Mundial sobre violência e saúde (Dahlberg; Krug, 2002), documento que norteia, até o presente momento, as ações para análise do tema. Nele há uma delimitação do atual conceito de violência e uma explicação a respeito do que e de como se caracteriza a mesma; um exemplo de como isso se dá são os *tipos de violência*. Acredite que a partir deste documento conseguimos enxergar melhor uma cisão entre violência e acidentes, ou seja, causas externas. Nele, o conceito de violência é definido como “[...] o 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002, n.p).

Nesse conceito a intencionalidade se apresenta como diferencial para distinção entre violência e acidentes/causas externas, ou seja, a violência partiria de uma relação estabelecida entre um indivíduo e outro e do uso intencional da força para realização de ato violento. Neste momento há uma separação a nível estatístico para mapeamento dos dados de violência, o que antes era compreendido como uma coisa só — tanto violência, como acidentes eram apontados na mesma Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), — após o documento, é necessariamente separado, evidenciando, assim, que a violência passa a ser uma questão de saúde pública (OMS, 2002).

Além desta cisão, o documento também reconhece os impactos da violência, tanto para os serviços, como para coletividade; deste modo, verificamos que o conceito de violência para a saúde se dá, para além de uma lógica pensada nos níveis de atenção à saúde, mais como uma reflexão a respeito da sociabilidade.

Apesar dos avanços apresentados sobre o conceito de violência pela OMS, e considerando a perspectiva crítica de análise deste trabalho, ancorados no conceito de questão social de Yamamoto (2007, p. 156), ao afirmar que “[...] deriva do caráter coletivo da produção

contraposto à apropriação privada da própria atividade humana — o trabalho —, das condições necessárias para sua realização, assim, como de seus frutos [...]”; argumentamos que o conceito ainda não traz uma dimensão coletiva e estrutural da violência.

Trazemos brevemente tal argumentação, pois, ao passo em que o conceito define ações e sujeitos que estão à mercê da violência, acaba individualizando ainda mais a questão, na contramão da dimensão coletiva e estrutural da violência. Iamamoto (2007, p. 156) apresenta que a questão social “[...] condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais”. Desta forma, o conceito da OMS não apresenta o pano de fundo da violência na sociedade capitalista — a relação de exploração e apropriação privada da riqueza socialmente produzida e os impactos dessa contradição nas relações sociais.

Diante desse cenário, a OMS, enquanto instituição internacional de saúde, avança na delimitação do conceito para construção de políticas de proteção, contudo, se mantém ainda nas limitações existentes na arena de disputa a respeito do conceito de violência, afinal, este é social e historicamente determinado, como defendido anteriormente.

Partindo dessa compreensão, pensamos que a violência é apresentada no setor saúde como um determinante social — ou seja, como um fator que pode potencializar ou fragilizar o contexto de saúde; no entanto, a consideramos parte de uma determinação social em saúde.

3.3 Virou questão de saúde e agora?

Apesar do reconhecimento, por parte dos organismos internacionais em 2002, da violência enquanto uma questão para o setor saúde, a política de saúde no Brasil já vinha se organizando para pensar ações a respeito dessa interface, apesar do processo lento da inclusão na agenda, como apresenta Minayo, lembrando que a esta ocorreu de “[...] forma fragmentada, lenta” (Minayo, 2006, p. 53). É nesse sentido que se evidencia a participação dos movimentos sociais e de grupos ditos “minoritários” que inseriram a necessidade da pauta.

A nível estatal, o Brasil insere na agenda pública a temática da violência e saúde através da Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV)¹⁰, que tem como objetivo criar estratégias em todos os níveis de atenção à saúde (primária, secundária

¹⁰ Política aprovada através da Portaria n. o 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001. A aprovação de que trata este Artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas.

e terciária) para a prevenção e o acompanhamento junto às pessoas que vivenciaram situações de violência (Brasil, 2001).

Seu objetivo inicial era a prevenção da violência urbana — tal como acidentes de carro e violência policial —, pois ocasiona impactos como longas internações e, conseqüentemente no orçamento da política de saúde (Minayo, 2018). Além do mais, a PNRMAV tem como finalidade e objetivos normatizar, monitorar dados, estruturar serviços de atendimentos e capacitar recursos humanos para atuar contra os impactos da violência.

O Brasil avançou na institucionalização do documento via Estado, ao passo que a PNRMAV já apontou a diferenciação entre violência e acidentes, bem como direcionou uma concepção de violência como questão que assola a sociedade. Evidencia-se que a Política foi promulgada em 2001 e que a OMS se posicionou sobre a temática em 2002. Apesar do pouco tempo de distância, isto tanto representou a urgência do debate sobre violência no Brasil como demonstrou a disputa em prol da política de saúde após o processo de redemocratização.

Atrelada à PNRMAV, conforme apontado, e com resquícios da década de 1990, a luta não só pela implementação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), mas também pela mudança estrutural causada pelo documento, trouxe impactos para a maneira de encarar a temática da violência. Afinal, o que antes era uma questão médica, de mobilização pelo setor saúde na década de 1970 e 1980, hoje se tornou debate público: a criança e ao adolescente passam a ter status de cidadão de direitos e, assim, a contar com proteção diante de violências, bem como acesso integral à saúde.

No âmbito de outros grupos que influenciaram a saúde a se organizar em prol dessa intersecção, ressalta-se o papel da implantação do Estatuto do Idoso em 2003, principal instrumento de proteção à pessoa idosa e fruto de diversas mobilizações a nível de sociedade civil. Assim como outros documentos, este também trazia o debate do combate à violência contar o idoso, bem como o acesso à saúde e orientações aos profissionais.

Outro setor que veio a fortalecer a temática da violência foi o combate à violência doméstica, mundialmente difundido após o trágico episódio que assolou a brasileira Maria Da Penha, na década de 1980. Apenas em 2005, com articulações internacionais, cria-se a Lei Maria da Penha, que visa coibir qualquer manifestação de violência contra a mulher. Minayo (2006) apresenta que o movimento feminista teve importante participação para inclusão da agenda da violência no setor saúde, desde década de 1980, quando reivindica os seus direitos de saúde reprodutiva e sexual, tendo a violência como pilar da discussão. Todavia, compreendemos que o machismo estrutural que assola as relações sociais pode ter impossibilitado que as pautas fossem somadas de maneira mais rápida à política de saúde.

Dessa maneira, voltamos à necessidade de compreensão da violência como um fenômeno intersetorial e de que seu enfrentamento exige ações conjuntas e discussões coletivas. Apesar de também ter se tornado uma questão de saúde, ela perpassa outras políticas de proteção e alvo de debates.

Diante desse contexto a PNRMAV, conforme dito anteriormente, tem como finalidade sistematizar as ações do setor saúde para atendimento às pessoas em situações de violência, mas visando uma articulação ao SUS, pensando os seus níveis de atenção.

Um dos avanços da política apresenta-se na forma de sistematização dos dados de violência, que até então não era sistematizado de forma tão segura, decorrentes da unificação da concepção de violência e acidentes, gerando dificuldades para se pensar estratégias de intervenção pelo setor saúde.

Minayo (2006) relembra que, apesar da PNRMAV ter sido lançada no ano anterior à publicação da OMS, ela já delimita a diferenciação de violência e acidentes, indo no caminho do que seria publicado, apostando que a violência seria resultado do uso intencional de uma ação humana, com finalidade de destruir, machucar, danificar. Desta forma, a política estabelece novos caminhos para se pensar ações tanto no campo da prevenção/combate à violência como no dos acidentes.

Um dos principais avanços do campo da saúde teria sido a institucionalização de um sistema de monitoramento da violência, o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes em Serviços (VIVA)¹¹, criado em 2006, com a finalidade de dar visibilidade às violências que chegavam aos locais de saúde e que até então não passavam por monitoramento ou registro (Minayo, 2018).

O Sistema de Vigilância surge como estratégia para concretização de umas das diretrizes da PNRMAV sobre monitoramento da ocorrência de violência e acidentes no País; sendo assim, colocava-se a necessidade de um sistema específico para levantamento e registro dos casos que chegassem ao setor saúde.

Para além de monitoramento e registro dos casos de violência, o Sistema VIVA se torna um instrumento de encaminhamentos a outras políticas intersetoriais, dentro de uma perspectiva de cuidado intersetorial às pessoas em situação de violência. Nesse sentido, o VIVA possui um

¹¹ Surge com a Portaria MS/MG nº 1.356, de 23 de junho de 2006, que tem como objetivo “[...] conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes e fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência” (Brasil, 2016). A criação da Portaria foi impulsionada pela Política Nacional de Promoção de Saúde (2006), em conjunto com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001).

caráter de diálogo com outras políticas públicas e de materialização de outros direitos sociais- além do atendimento em saúde.

Destaca-se que a vigilância de violências e acidentes não se detém somente a obter informações sobre o comportamento destes agravos, mas tem o objetivo de subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e dos condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida, incentivando a formação de redes de atenção e proteção às pessoas vítimas de violências e acidentes (Brasil, 2016, p. 9).

Futuramente, esse sistema viria a desenvolver o hoje conhecido como Ficha de Notificação, principal instrumento para registro e encaminhamentos, por parte dos profissionais de saúde, a respeito das situações de violência. Esta ficha, que inicialmente foi utilizada para levantamento de dados, hoje se torna um dos principais meios para a concretização dos direitos das pessoas em situação de violência.

Apesar da criação do Sistema VIVA em 2006, apenas em 2011 se tornou obrigatório o preenchimento da Ficha de Notificação por parte dos profissionais, principalmente no caso dos grupos que já estavam em articulação com a pauta da violência: crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência.

Reconhece-se que esse sistema trouxe diversos avanços para o monitoramento de casos de violência no País, inclusive no que se refere ao setor saúde, visto que este começou a pensar ações a nível de atenção primária, secundária e terciária. No entanto, apesar da importância da PNRMAV para o reconhecimento da pauta da violência no setor saúde e de sua institucionalização, ao longo dos anos reconhece-se uma resistência por parte do setor para lidar com o tema.

A partir da bibliografia estudada, verificamos certa confusão quando se refere ao tema da violência, uma delas sendo o não entendimento de porque a violência é uma questão de saúde. Pires (2020) realizou um estudo sobre atenção básica e o enfrentamento a violência, onde aponta que os profissionais de saúde ainda se sentem inseguros para realizar encaminhamentos e fazer perguntas nos atendimentos, bem como que atrelam a violência apenas como objeto de intervenção da Psicologia ou do Serviço Social.

Tal caminho, o das confusões que perpassam a relação entre a violência e o campo saúde, é apresentado por outros autores. A partir dessa literatura, apontamos que, apesar dessa tímida institucionalização da violência, o debate e as intervenções caminham por três eixos: o da epidemiologia/notificação; o da necessidade de capacitação profissional e o dos rebatimentos da violência em grupos sociais.

No que se refere ao campo da notificação e aos dados epidemiológicos, ao ter institucionalizados a PNRMAV e um sistema de vigilância de dados de violência, nota-se um impacto no cotidiano dos profissionais de saúde, ao passo que serão os responsáveis pelos preenchimentos destes dados. Maronezi *et al.* (2021) apresentam que um dos principais desafios para mapeamentos dos dados de violência hoje é o preenchimento correto das fichas, pois muitos profissionais ainda têm receio de preencher o instrumento, por compreendê-lo como um instrumento policial.

Percebe-se que, apesar das tentativas de deslocar a discussão da violência do campo jurídico-policial, permanecem entraves para sua plena incorporação no campo da saúde, uma vez que o fenômeno ainda é amplamente compreendido a partir de uma lógica centrada na segurança pública. Pereira *et al.* (2020) apresentam em seus estudos que a ficha de notificação possui resistência no preenchimento, uma resistência decorrente da concepção de violência dos profissionais e das condições materiais de trabalho para preenchimento de mais um material. Conforme relatam autores, sabe-se que esses profissionais encontram dificuldades no registro das notificações pela dificuldade de diagnosticar as situações de violência em queixas difusas, pela recusa em lidar com a violência como problema de saúde, pela acumulação de atividades e falta de tempo no processo de trabalho, pelo constrangimento que a abordagem desses casos pode causar, pelo medo de retaliação e de exposição da atuação profissional e pela falta de capacitação (Pereira, 2020).

Deste modo, ao ponto em que PNRMAV apresenta também a necessidade de uma assistência interdisciplinar (Brasil, 2001), considerando o processo de saúde-doença, os profissionais são incentivados a desarticular o discurso centrado na doença, sendo necessário um trabalho articulado em rede, interdisciplinar junto de outros setores da sociedade (Minayo, 2018). A esse respeito, Pereira *et al.* (2020, p. 12) apontam a necessidade de “[...] uma estrutura de apoio e proteção aos profissionais que realizam a notificação de violências, assim como capacitação permanente sobre o tema”, considerando o estigma que o tema da violência ainda possui no campo da saúde.

Sobre a necessidade da capacitação, Leite *et al.* (2023, p. 7), ao avaliarem a prevalência de violência autoprovocada, apontam “[...] que profissionais de saúde treinados são capazes de estabelecer acolhimento e escuta qualificada, de modo a garantir a prevenção desse agravo de saúde”, em referência à importância desta capacitação, considerando que o setor saúde se torna, muitas vezes, a porta de entrada de diversas violências e que o profissional de saúde pode coibir ou notificar tal situação.

A respeito da articulação entre violência, saúde e grupos em intersecção com a temática, tanto Pereira (2020) como Leite (2023) e Maronezi (2021), dentre outros, apresentam os impactos da violência, seja para crianças, adolescentes, mulheres ou idosos. Esses autores apresentam perspectiva em que os grupos minoritários constam como maiores números estatísticos quando se fala de violência, apontando a necessidade de construção de políticas intersectoriais para enfrentamento à questão em conjunto com a política de saúde.

Avaliamos que tais segmentos se apresentam com maiores números em níveis estatísticos devido à estrutura social-econômica que demarca as relações de desigualdade, não só a partir da classe, mas também por gênero e raça (Davis, 2016). Assim, a violência ganha outros contornos quando utilizada para dominação de grupos socialmente explorados por tal dinâmica desigual.

Os estudos sobre a relação entre saúde e violência apresentam a importância da saúde no enfrentamento à violência, mas dentro de uma perspectiva setorial e com a finalidade de buscar estratégias dentro dos moldes do sistema vigente, sem considerar as contradições do sistema capitalista e seus rebatimentos para política de saúde, por exemplo.

No que se refere à construção da agenda estatal em prol da relação saúde e violência, apresentamos um marco legislativo — no caso do Brasil, a PNRMAV — que delimitou o início de uma jornada para pensar essa intersecção entre violência e saúde. Contudo, diversos fatores influenciam para a consolidação desse marco ou para a consolidação pela política de saúde, seja o próprio conceito de violência, que ainda segue em disputa criando visões unilaterais e culpabilizantes sobre ela; seja a precarização da política de saúde, ocasionando um desmonte do SUS e, como consequência, uma atuação fragmentada e desarticulada.

Assim, compreende-se a violência como fruto das relações sociais, cujas manifestações se dão em atos violentos expressos pelos indivíduos que constroem esse cotidiano, bem como evidencia-se que a saúde está inserida em um campo de contradições e conflitos, como toda e qualquer relação social no capitalismo — contudo, na disputa por se materializar como produção de vida e bem-estar, além do sistema social vigente.

3.4 Violência como determinação social da saúde

A teoria social da saúde configura-se como campo de disputas, sobretudo quando revisitamos a própria história da política de saúde. Observa-se que o setor saúde se expande concomitantemente à ascensão do capitalismo, tendo como finalidade tanto responder às demandas de acumulação do capital quanto às necessidades da classe trabalhadora, no contexto

de consolidação do modo de produção capitalista (Bravo, 2013). Nesse sentido, as necessidades do capital articulam-se ao setor saúde, apropriando-se das potencialidades que este oferece para sustentar seu próprio crescimento.

Neste primeiro momento, Bravo (2013) demonstra que com ascensão do capitalismo os serviços de saúde se voltam primeiramente a ações em saúde pública, centrada na higienização, na prevenção e em cuidados ditos primários nos termos atuais. Tais iniciativas estatais estavam centradas na figura médica e tinham teor de responsabilização do indivíduo; a saúde pública se aliava aos projetos de respostas às necessidades do capital, visto que a Medicina do século XIX “[...] é de controle da saúde e do corpo classes trabalhadoras para torná-las, mas aptas ao trabalho e menos perigosas ao capital” (Bravo, 2013, p. 44).

Em um cenário de lutas sociais, em prol da consolidação de direitos sociais na garantia de direitos trabalhistas e vendo a necessidade de cuidado com a mão de obra, concessões foram realizadas, tendo em vista a necessidade de o setor saúde manter seus trabalhadores ativos. Bravo (2013) narra que, na virada do século XX, o modo de realizar a saúde muda devido à maneira de conduzir as ações de saúde, visto que neste momento o biológico tem o foco, em detrimento do social/coletivo.

Nessa dinâmica, nota-se como a saúde está imbricada no processo de produção e reprodução do capital (Laurell, 1982), afinal, compreende-se que a teoria social de saúde e suas práticas são determinadas a partir da própria realidade e que se modifica conforme o movimento constante do cotidiano. No cenário brevemente descrito anteriormente, a saúde se consolida a partir de práticas biomédicas, hospitalocêntricas, punitivas e centradas no indivíduo (Bravo, 2013; Paim, 2009). Contudo, conforme a dinâmica do capital vai se modificando, as lutas sociais vão se estruturando e tanto o conceito de saúde como as práticas vão se modificando, fazendo com que cheguemos a um cenário de disputa atual.

O cenário político e econômico do século XX aponta uma direção de maior estruturação dos serviços de saúde, ainda que sob a centralidade das práticas biomédicas. No contexto brasileiro, vivenciamos um cenário de pós-abolição da escravidão, no qual se teve como finalidade não a libertação de povos escravizados por séculos, mas a adequação do país à nova economia mundial — a do capital (Silva, 2012).

Essa adequação vem com consequências irreparáveis até o presente momento, centralizando a saúde nos trabalhadores formais e deixando aqueles que não poderiam acessar o trabalho à mercê de ações de caridade. Ferreira (2020) apresenta que após período escravocrata a população não é inserida no novo sistema produtivo de trabalho, e “[...] não

puderam competir com a expertise dos europeus e assistiram esse processo aceitando seu ‘déficit’ e ‘anomia’ causada pela escravidão” (Ferreira, 2020, p. 33).

Considerando a centralidade do trabalho em que a política de saúde se consolidou no início do século XX e a desigualdade do acesso a ele, devido a fatores coloniais e raciais, podemos sinalizar que a saúde no Brasil se constitui a partir de desigualdades raciais, de classe, de gênero e baseada nas relações de violência.

A saúde brasileira se constitui com suas caracteriza previdenciárias, ou seja, vinculada à concepção de Seguro Social e ao trabalho, desconsiderando fatores biopsicossociais que possam influenciar no processo saúde-doença, em contrapartida, o Brasil adentra um cenário de avanço do capitalismo e complexificações das relações de produção, causando mais impacto para a saúde da população.

No cenário internacional e ancorado pelas consequências das duas Guerras Mundiais, inicia-se um debate a respeito de possível ampliação do conceito de saúde, observando “múltiplas causalidade”, iniciando uma visão de “causa e efeito” dos processos de saúde e doença. Assim, em 1948, na tentativa de ampliar um pouco da concepção de saúde para além do biológico, a OMS define saúde como “[...] o completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças”. Este conceito, apesar de promissor no período estabelecido, ainda traz heranças desafiadoras para a compreensão dos processos de saúde, visto que coloca a saúde como um estado completo de “bem-estar”, algo questionável para a teoria crítica. Assim, a busca por este conceito coloca as pessoas na incansável busca por um modelo inexistente dentro do capitalismo. “O conceito de saúde, da forma como foi cientificamente constituído, tornou-se excessivamente biológico, ao que deixamos escapar vários potenciais, rigor e habilidade para lidarmos com a vida, que inclui altos e baixos, frustrações, desânimos e enfraquecimentos” (Biato *et al.*, 2020, p. 2010).

Apesar do conceito de saúde emergir de um debate mundial, os países latino-americanos iniciaram seus questionamentos sobre o processo de saúde-doença devido às próprias dinâmicas de exploração e dominação, principalmente compreendendo o mundo pós-Segunda Guerra Mundial, onde o termo “*welfare state*” se destinava a países centrais e que estavam sofrendo pelas consequências do contexto de violência pós-Guerra.

Laurell (1982, p. 02) explica que: “O auge desta polêmica, nos anos finais da década de 60, encontra explicação, fora da medicina, na crescente crise política e social que acompanha a crise econômica e com ela se entrelaça”. Podemos trazer que os países latino-americanos, a partir das décadas de 1950 e 1960, começaram a observar suas práticas de saúde, bem como a

ampliação do conceito de saúde, a partir de suas realidades, observando os processos de desigualdade e as vulnerabilidades que vivenciavam.

Ressalta-se que a condição de capitalismo dependente estabelecida nos países latino-americano os coloca em uma condição de exploração acentuada da força de trabalho necessária aos países centrais, assim as “[...] particularidades no padrão de reprodução do capital no contexto latino-americano dependente, incidem diretamente nas condições de vida e saúde das populações” (Correia *et al.*, 2022, p. 19), sendo necessárias novas formas de análise sobre essa dimensão de processo-doença.

Diante dessa característica fundamental para se pensar o contexto das américas que a Medicina Social e latino-americana e a saúde coletiva¹² iniciaram “[...] importantes contribuições para a argumentação teórica sobre as condições de insuficiência das práticas médicas em oferecer soluções satisfatórias para a melhoria das condições de saúde da coletividade,” (Garbois *et al.*, 2017, p. 64).

Breilh (2024) resgata que nas décadas de 1960 e 1970 os países latino-americanos se dedicaram a romper com a ideia biologistica da saúde, sendo o autor um dos grandes percussores da análise de que a saúde está inserida nas contradições do modo de produção capitalista e que, assim, as determinações que a rondam são maiores que fatores de causalidade.

O debate¹³ da determinação social de saúde adentra o cenário da saúde a partir da década de 1970, oriundo dos movimentos que procuravam repensar essa perspectiva individual e acrítica da saúde coletiva. Breilh (2010) alavanca a discussão acerca da determinação social ao convocar o materialismo histórico-dialético para compor análise dos processos sociais que constituem a saúde. Desta forma, a partir de suas análises, a saúde toma uma dimensão coletiva e estrutural: “[...] la determinación social de la salud, se estableció que los contenidos sociales

¹² No trabalho utilizaremos a expressão *saúde coletiva*, por entender que abarcar uma teoria social crítica latino-americana e que traz uma proposta de saúde não centrada dos sujeitos e no Estado, conforme apresenta Paim (2006, p. 144), “[...] a Saúde Coletiva pode ser vista como um movimento ideológico que gerou um campo científico, com intenso desenvolvimento nas três últimas décadas, e um âmbito de práticas contra-hegemônicas, com diferenças significativas em relação à saúde pública e ao modelo médico hegemônico”. Apontamos que o campo da saúde pública é caracterizado por Souza (2014, p. 15) como aquele “[...] que se baseia a definição das funções essenciais é o da ação coletiva, tanto do Estado quanto da sociedade civil, destinada a proteger e melhorar a saúde das pessoas” e acrescentamos que tem um compromisso de manutenção da saúde para manutenção da ordem social.

¹³ Apesar de compreendemos a importância de diversos teóricos que constituíram essa categoria, neste trabalho não nos debruçamos sobre resgate teórico desses trabalhos, a exemplo de Breilh (1986) e Arouca (2003), dentre outros. Contudo, suas obras estão servindo de exemplo para reflexão ao longo da dissertação devido à enorme contribuição histórica e teórica que tiveram sobre a categoria.

y técnicos del articulado de salud debían formularse pensando que, en primer término, la salud es un derecho no solamente individual sino esencialmente colectivo” (Breilh, 2013, p. 15)¹⁴.

A mudança de paradigma sobre a concepção de saúde vem atrelado aos contextos de lutas sociais que permeavam a América Latina, nas décadas de 1960 a 1980, por melhores condições de saúde, bem como por processos democráticos, no âmbito da política. Assim, a teoria marxista veio fortalecer o olhar de análise que estava se criando diante daquele cenário, visto que “[...] a teoria é a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto” (Netto, 2011, p. 25), ou seja, a determinação social vem para ampliar a perspectiva de saúde além de algo casual entre biológico e indivíduo, entre cura e doença.

Garbois *et al.* (2017) apresentam que a determinação social tem como finalidade trazer questionamentos sobre a dimensão estrutural da saúde, ou seja, como o processo de exploração e dominação do modo de produção vigente estrutura e condiciona o modo de pensar e fazer saúde. Alburquerque e Silva (2014) corroboram o debate quando apontam que a saúde é determinada socialmente, devido à maneira pela qual a sociedade capitalista foi constituída, tendo a “[...] compreensão da determinação da saúde humana se faz pela análise do modo de produção, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais estabelecidas” (Albuquerque; Silva, 2014, p. 954).

A compreensão da determinação social se torna um marco importante para os estudos em saúde, primeiro por se tratar de teoria desenvolvida pelos estudiosos da América — ou seja, estavam ampliando o debate para além da perspectiva eurocêntrica; em segundo, pois tinham como finalidade ultrapassar a visão unilateral sobre os processos de saúde-doença; e por fim, porque aprofunda a essência da dinâmica da saúde, saindo do campo aparência.

Um campo no qual o foco de análise recai sobre a necessidade de observação das leis históricas de produção e organização das sociedades na explicação das causas mais profundas das doenças, valorizando a essência dos fatos sociais, e não apenas as suas manifestações fenomênicas (Garbois *et al.*, 2017, p. 65).

O debate da determinação social avança com a influência da Reforma Sanitária brasileira e demais retomadas dos processos democráticos dos países latino-americanos. A Reforma teve como finalidade deslanchar um processo na dinâmica de se pensar saúde, não apenas com objetivo de estruturar um sistema de saúde, mas articulando diversas dimensões da sociedade (Paim, 2009). Neste cenário de ampliação da perspectiva de compreensão da

¹⁴ “[...] determinação social da saúde, estabeleceu-se que os conteúdos sociais e técnicos do arcabouço da saúde deveriam ser formulados considerando que, em primeiro lugar, a saúde é um direito não apenas individual, mas essencialmente coletivo” (tradução realizada por meio virtual).

produção de saúde e vida surge o debate antagônico dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), que vêm com uma proposta de apresentar as contradições, as vulnerabilidades e o modo de vida das populações como “fatores de risco” para a saúde.

Almeida-Filho (2001) apresenta em seus estudos que este modelo vem com a teoria “estilo de vida” e saúde, partindo da premissa de que os modos como as pessoas “escolheram” seguir suas existências determinam seu processo de saúde-doença. A OMS acolhe tal perspectiva com um viés de responder às dinâmicas de outras políticas públicas, da explicação dos determinantes sociais da saúde, ficando no campo da aparência e da responsabilização dos indivíduos.

Os DSS ganham força no espaço institucional no Brasil com Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde (CDSS), criada em 2005, que em 2008 produziu relatório apresentando um modelo “fatores” que podem influenciar no processo saúde-doença.

A proposta da CDSS, neste sentido, se concentra no que produz a sociedade em termos de desigualdades e reduz a margem de compreensão e de denúncia aos fatores mensuráveis e claramente visíveis, esperando que isso, por si só, seja suficiente para reverter o problema. Ou seja, não propõe uma análise compreensiva das relações de poder e dos padrões de exploração, dominação e marginalização que subjazem as hierarquias sociais (Borde *et al.*, 2015, p. 846).

Almeida-Filho (2002), Alburquerque e Silva (2015) e Garbois *et al.* (2017) tecem críticas ao modelo de determinantes sociais, apontando que tal proposta parte de ideais funcionalistas, individualizando o processo saúde-doença e negando as raízes da desigualdade social, ou seja, o processo de acumulação realizada pelo capital.

Os determinantes sociais ganham corpo ao serem sistematizados por uma figura no relatório da CDSS em 2008, no que ficou popularmente conhecido como uma aparência de “camadas de uma cebola” para definir os fatores de risco da saúde. Este modelo foi definido por Dahlgren e Whitehead, onde as camadas internas eram mais relacionadas às características do indivíduo e, conforme as cresciam, eram fatores externos ao indivíduo. Ou seja, internamente fatores como sexo, idade, genética e externamente fatores como desemprego ou emprego, moradia, educação etc., além dos comportamentos que aquele ser teria em sociedade. A interação destas camadas poderia influenciar no processo de saúde-doença.

Neste momento surgem os questionamentos a respeito de diversas dinâmicas desse modelo, afinal, como mensurar uma qualidade de vida a partir de uma sociedade desigual, sendo que todos os fatores externos são determinados pela lógica de exploração do capital? Um exemplo claro é a situação estrutural de desemprego, algo próprio da ordem capitalista para

produção do exército industrial de reserva e para a continuidade da acumulação do capital — ou seja, como refletir sobre a natureza do processo de saúde-doença de maneira casual.

Neste modelo não chegaram a citar a violência como fator de possível influência no processo de saúde-doença, contudo, vimos até o presente momento que a violência percorre o cotidiano da saúde sendo objeto diário de intervenção. Deste modo, a violência dentro da saúde poderá ser vista como mais um fator agravante do processo de saúde-doença — ou seja, se é lida como fator é vista como determinante social, todavia, aqui a consideramos como *determinação social*.

A violência deve ser vista como uma determinação social pelo seu caráter estruturante das relações de produção e sociais. Este argumento se sustenta, considerando que modo de produção capitalista realizou uma violenta e intensa expropriação da força de trabalho coletiva para ganho individual, produzindo um processo desigual de riqueza, concentrando dinheiro e poder, sem a intencionalidade de redistribuir o coletivamente produzido, neste caso, pelos trabalhadores.

Dessa maneira, o próprio modo de produção cria e estimula uma população massiva de trabalhadores expropriados e separados dos meios de produção para estarem submetidos a permanentes contextos e cenários de exploração do capital, condicionando processos diários e violentos em busca da extração da mais-valia. “A acumulação capitalista produz constantemente, e na proporção de sua energia e seu volume, uma população trabalhadora adicional relativamente excedente, isto é, excessiva para as necessidades médias de valorização do capital e, portanto, supérflua” (Marx, 2015, p. 462).

Na relação entre produção e reprodução do capital, contida na lei geral da acumulação, observa-se uma “espiral crescente” quando se trata da violência, que atua como mecanismo de fusão e aprofundamento de determinações sociais já existentes, funcionando como instrumento de fortalecimento e perpetuação do próprio sistema capitalista.

Netto (2001) destaca que a exploração e a violência não são fenômenos exclusivos do capitalismo, pois também estiveram presentes em outras formas de organização social, como na escravidão e no feudalismo. No entanto, é no capitalismo que esses elementos se articulam de forma orgânica por meio da lei geral da acumulação, possibilitando a construção de uma sociedade cujas relações se baseiam na apropriação privada da riqueza, ainda que esta seja socialmente produzida.

É fundamental o argumento de Castelo (2021), quando aponta a violência como motor econômico do capitalismo, que participa como vetor impulsionador da questão social, pois

favorece a hipótese da apropriação da violência pelo capital, não apenas favorecendo, mas impulsionando, nutrindo, a expansão do capitalismo.

Assim, Marx, no trato da categoria violência, não apenas a considera na sua integridade no processo de acumulação do capital, como ressalta que teve atuação direta em todas as fases do desenvolvimento do modo de produção capitalista (Castelo, 2021). Dito isso, a violência é partícipe do desenvolvimento da lei de acumulação capitalista, seus ciclos e desdobramentos. Nesse sentido, o capitalismo se apropria da dinâmica da violência para intensificar essa exploração, visando a consolidação de seu objetivo principal — a maximização do lucro, potencializando a questão social.

Entender a violência como parte do processo de compreensão da determinação social de saúde é assumir as raízes do capitalismo, tendo ele seus fundamentos na violência. Dentro da epidemiologia crítica, notamos que os fatores de morte no país mudaram, por exemplo, no decorrer do século XX. Albuquerque e Silva (2014, p. 961) apresentam que no século passado as “[...] causas de morte estavam muito ligadas às doenças infecciosas, hoje estão ligadas mais à violência e às doenças crônico-degenerativas”.

É importante que a violência não seja acoplada ao campo dos determinantes sociais, ou seja, como fator de risco, pois ao seguir tal visão ela será vista no campo da criminalidade, “estilo de vida das pessoas” ou como outros diagnósticos psiquiátricos possíveis, a título de exemplos. Chaui (2021) apresenta que o Brasil tem um histórico de distanciamento do debate da violência ou de colocá-la em outros lugares, como no campo do individual ou no da punição, contudo, a violência é a marca crucial de consolidação da sociedade brasileira, dada toda a história do País.

Chaui resgata que o País tenta fugir dessa herança presente em seu DNA e que, contudo, “[...] a sociedade brasileira não percebe que as próprias explicações oferecidas são violentas porque está cega para o lugar efetivo de produção da violência, isto é, a estrutura da sociedade brasileira” (Chaui, 2021, p. 41). Neste espiral entre violência e capitalismo, o que nos resta é assumir que ela é constituinte da formação brasileira, bem como dos processos de saúde-doença.

Desta forma, o processo de saúde-doença que está atravessado pelo trabalho, como apresentado por Laurell (1982), também é composto por uma categoria de violência, considerando esta é necessária, inclusive, para a reprodução da força de trabalho. Assim, a violência é mais um processo que determina a vida social, não sendo ela um fator determinante, mas um processo que determina a sociabilidade humana.

4 A CONTRARREFORMA DO ESTADO E SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

A política de saúde advém de um processo de lutas e disputas acerca de sua concepção e constituição, assim, podemos considerar que, com seus princípios de diretrizes atuais, ela é tão jovem quanto a construção de Brasília. De um lado, temos a promessa de uma cidade planejada e acessível para todos, de outro, através de um grande movimento popular, temos a universalização da política de saúde — nesse sentido, ambas as situações são apresentadas como inovadoras.

Nessa áurea de modernidade e necessidade de chamar atenção da futura classe que, de fato, ocuparia Brasília é que a política de Saúde no Distrito Federal (DF) se constituiria. Gottems (2009) sinaliza que na criação de Brasília o setor saúde se apresenta com a perspectiva modernização, atrelado à “[...] busca de novas tecnologias, associada à progressiva especialização da prática médica” (Gottems, 2009, p. 1412).

No mesmo contexto da criação de Brasília, relembra-se que o setor saúde vivenciou o período “assistencial-privatista” com a unificação do Instituto de Pensões e Aposentadoria (IAP) e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, visando atender aos trabalhadores para garantir que continuassem a reprodução de sua força de trabalho e sem fiscalização do governo (Hildebrand, 2008; Bravo, 2013). Assim, os trabalhadores de Brasília atuantes no campo da construção civil poderiam acessar os benefícios destinados do INPS, principalmente com a finalidade de garantir a saúde não como produção de vida, mas como manutenção da força de trabalho para construção de capital.

Dessa forma, o sistema de saúde no DF surge com o nascimento de Brasília e com a finalidade de atender as demandas dos trabalhadores que aqui estavam, mas ainda com a dinâmica assistencial-privatista estabelecida pelo resto do País. Hildebrand (2008) mostra que o modelo de saúde vigente no início de Brasília privilegiava o atendimento hospitalar e que, considerando os acidentes de trabalho, naquele período se mostravam como principal demanda. A autora afirma que, devido ao crescente número de trabalhadores vindos para a construção da capital e novas demandas de saúde — como os acidentes de trabalhos e questões sanitárias —, houve a necessidade de um rápido plano de direcionamento de saúde e da construção de atendimento emergencial de saúde.

Entre o período ditatorial até o processo de redemocratização, a política de saúde buscou criar e estruturar serviços que, entretanto, foram constantemente impactados pelos processos políticos nacionais. Dessa forma, Brasília não poderia se constituir uma ilha isolada, tampouco servir de exemplo para o restante do país.

Rememora-se que o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve como palco a capital federal, considerando o processo constituinte e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco de extrema importância para consolidação da política de saúde no País. Scorel (2008) evidencia que a 8ª Conferência materializou a luta do movimento sanitário por uma saúde como direito e universal para todos.

Este movimento sanitário, composto por trabalhadores da saúde, movimentos sociais e estudantes, dentre outros diversos setores da sociedade, não pautava apenas a política de saúde, mas participava ativamente no processo de redemocratização do País, a exemplo das “Diretas, Já” (Scorel, 2008). Nesse esteio, o movimento pela Reforma Sanitária foi um movimento democrático em defesa de direitos de cidadania e que teve como conquistas tanto a Constituição Cidadã de 1988 como a consolidação do SUS.

Noronha *et al.* (2008) apontam que o SUS é a manifestação concreta dos ideais da Reforma Sanitária, assim, que ele se materializa através de seus serviços públicos e de sua concepção pública e universal, sendo o Estado o responsável por operacionalizar tal política. Apesar dessas conquistas históricas e permeadas por muitas lutas, Scorel traz que “[...] o movimento sanitário acumulava vitórias no âmbito constitucional, mas não no institucional” (2008, p. 358), visto que os ideais propostos foram alavancados, mas logo em seguida não foram concretizados, devido a desarticulações institucionais importantes.

Nesse sentido, Gottems (2009) argumenta que após o processo de redemocratização houve um avanço, por exemplo, da atenção primária de saúde, como foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF), contudo, esse cenário é logo atacado com processo de Contrarreforma que assola o Estado brasileiro. Apontamos que a Contrarreforma do Estado traz profundas repercussões para política de saúde e que afeta diretamente o DF.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado Brasileiro vivencia um caminho de contramão à proposta de proteção social, traçada a partir da legislação citada, expressando a adoção da perspectiva neoliberal. Esse caminho de contramão evidencia a natureza contraditória do Estado e as potencialidades das lutas sociais, em prol de conquistas por melhores condições de vida, sendo estes elementos importantes que constituíram a política social e de Saúde no Brasil.

Tal projeto neoliberal surge a partir de um discurso que se apresentava como possível solução para a crise do capital na década de 1970. Meszáros (2011) explica como essa crise se instaura quando a produção em massa, sustentada pela intensa exploração da classe trabalhadora, deixa de circular adequadamente, deixando de gerar o lucro necessário à reprodução do sistema capitalista.

Contudo, essa crise do capital não se manifesta apenas dentro do modo de produção capitalista, ela se expande para as relações sociais e as expressões da questão social — como desemprego em massa, flexibilização das relações trabalhistas e supressão de direitos sociais (Meszáros, 2011). O impacto desse projeto neoliberal se manifesta a partir de uma contrarreforma da Seguridade Social (Behring, 2003).

A contrarreforma brasileira iniciada logo após a promulgação da Constituição Cidadã é considerada um ataque às lutas que tinham sido travadas para sua consolidação. Behring (2003) nos aponta que a contrarreforma parte de um projeto de destruição, retirada e precarização dos direitos sociais, a favor do lucro gerado pelo capital, por conta do discurso neoliberal que se materializou no Brasil pós-constituição.

O termo *contrarreforma* é utilizado devido à concepção histórica da expressão “reforma”, que, no interior das lutas sociais da classe trabalhadora, era empregada para expressar reivindicações por melhores condições de trabalho e ampliação de direitos sociais (Behring, 2003). A contrarreforma, por sua vez, destrói e desestrutura direitos sociais conquistados democraticamente. Desse modo, o que se observa desde a década de 1990 é um processo de contrarreforma materializado em governos voltados para a consolidação do neoliberalismo e para o direcionamento de recursos em favor do capital.

É fundamental demarcar que a política de saúde está inserida nesse contexto como um campo de contradições e conflitos, como toda e qualquer política social nos marcos do capitalismo. Profundamente disputada pelo setor privado e pela lógica lucrativa do capital, apesar dos seus importantes ganhos democráticos em prol da universalização como dever do Estado, é constantemente atacada pelo processo de contrarreforma do Estado (Behring, 2003), que atinge a plena efetivação da Seguridade Social desde o processo de redemocratização na realidade brasileira (Rosado; Freitas, p.2020).

Nesse cenário em que a disputa dos projetos de saúde privatista x saúde como direito de cidadania ocorre, se acentuam, de um lado, um projeto que apresenta uma luta histórica antes mesmo do processo de redemocratização, visando o amplo conceito de saúde, de caráter universal, e colocando o Estado como responsável pela sua execução; de outro, um projeto que aposta no viés de uma saúde orientada pelo mercado pela lógica neoliberal, tendo a doença como fonte de lucro (Bravo; Pelaez, 2020).

Apesar do efeito sanfona que assolou os governos democráticos no Brasil, nos anos de 1990 a 2000, eles acentuaram perspectivas estatais — a perspectiva neoliberal em curso —, evidenciando o processo de contrarreforma que constitui a dinâmica do capital. Desse modo, apesar do período dos governos de maior expansão democrática e liberdades coletivas e

individuais, não obtivemos a consolidação de um projeto de saúde condizente com o previsto na Constituição de 1988, mas uma conciliação/disputa entre o binômio (privatista e saúde como direito) (Bravo, 2020).

No DF, esse binômio vivencia a trajetória da política de saúde desde o processo de contrarreforma, a exemplo da ampliação do processo de privatização que o Governo do Distrito Federal (GDF) autorizou nos hospitais — como o Hospital da Criança, em 2010, e no Hospital Regional de Santa Maria, em 2009, gerenciado por uma Organização Serviço Social (OSS) por aproximadamente um ano, sendo retirada após irregularidades.

A paquera com processo de privatização entre o GDF e a saúde percorreu toda a década de 2000, em decorrência do processo de disputa que vinha se realizando no setor saúde entre a conciliação dos projetos em evidência pós-Reforma Sanitária.

Autores como Bravo (202) e Matos (2021) apontam que os governos Lula e Dilma não avançam no debate da Reforma Sanitária brasileira, ou seja, devido aos acordos realizados com medidas fiscais neoliberais em favor do capital (Silva, 2021), a saúde é utilizada como mais um mecanismo de dominação de fortalecimento do capital. O cenário se acentua com o Golpe de 2016, quando a então presente Dilma Rousseff sofre um processo de *impeachment*, sendo substituída por Michel Temer, que prontamente assume posição a favor do neoliberalismo radical (Santos; Silva, 2020), consolidando contexto agravante para o conjunto da Seguridade Social, em especial para a política de saúde. Rememora-se que o processo de contrarreforma está em curso nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), contudo, é instaurado de maneira mais contundente com a ascensão de Temer à Presidência da República.

No governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrar-reforma e a continuidade do processo de privatização não clássica saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (Bravo; Pelaez, 2020,p.194).

Compreende-se que, apesar do projeto sanitarista brasileiro não ter vivido plena efetivação em governos anteriores, a partir do Golpe de 2016 ele passa a ser negado e deslegitimado, sendo o Estado peça importante para a sustentação do projeto privado de saúde (Farias, 2019).

Refere-se que o desmonte da política de saúde decorre de uma série de ataques à própria

estrutura da Seguridade Social brasileira (Boschetti, 2009), na qual outras políticas sociais e públicas são alvos de ataques, a exemplo da política de Previdência Social, com o retorno da lógica o retorno de seguro social (Silva, 2018), e da Assistência Social, que vai perdendo seu caráter de direito (Boschetti; Behring, 2021), visando a concretização do projeto neoliberal que vinha sendo implementado pelo Estado no pós-Constituição.

Diante desse cenário, concorda-se com o que Harvey (2008) já apresentou sobre o comportamento do Estado no neoliberalismo: “Estado neoliberal deve favorecer fortes direitos individuais à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comércio” (Harvey, 2008, p. 75), evidenciando que o Estado neoliberal preza pelo estímulo da competitividade, pela liberdade para concorrência e pela transferência do que antes era público para o privado.

Compreendendo que o processo de contrarreforma segue em curso, principalmente no pós-Golpe de 2016, Farias (2019) traz análises a respeito do impacto de legislações que foram suprimidas ou que podem inviabilizar a ampliação do projeto sanitário de saúde. A exemplo da aprovação da Emenda Constitucional (EC)/2016, que vem com finalidade de congelar os investimentos e gastos na área da saúde nos próximos 20 anos (Farias, 2019). A aprovação do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) demonstra um descompromisso com a execução da política de saúde, colocando-a disponível para o mercado através das iniciativas de privatização e terceirização da área.

No aprofundamento da agenda econômica neoliberal e com o avanço do conservadorismo após o Golpe de 2016, o cenário se intensifica em prol da destruição dos direitos sociais, a partir de um governo neofascista e ultraneoliberal (Silva, 2021), que estabelece uma sequência de crises político-social-econômicas e apresenta um pacto de classe dominante para solução das crises (Mattos, 2020).

Tal cenário dá abertura para a concretização da parceria público-privado no DF, onde um dos maiores hospitais públicos passou a ser gerenciado pela iniciativa privada no ano de 2017 — assim, o Hospital de Base passaria a ser um Instituto Hospital de Base, abrindo caminhos para o que atualmente temos como processo de terceirização da saúde do DF, através Instituto de Gestão Estratégica de saúde no Distrito Federal (IGESDF).

Santos e Oliveira (2022) argumentam que o IGESDF assume a administração do Hospital de Base, do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) e de 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), sob o argumento de desburocratização da política de saúde, contudo, as autoras apresentam que esse argumento é apenas o pano de fundo para um intenso processo de privatização que assola o País desde a redemocratização.

Esta modalidade de gestão da política de saúde, embora, seja amparada em argumentos de modernização da administração pública, não está descolada de práticas mercantis envoltas às parcerias público-privadas, visto que, a política social de saúde permanece atribuída como pública, mas é ofertada e administrada por entidades regidas pelo princípio do direito privado. De tal modo, assevera-se que essas práticas são processos e tendências de privatização desta política social que ocorre em nível global (Santos; Oliveira, 2022, p. 15).

Nesse sentido, podemos observar que a saúde no DF, assim como toda a política social, está dentro do cenário de disputa da Reforma Sanitária brasileira, ao se deparar diante desses dois campos que compuseram sua criação, o privatista e o sanitário.

Assim, retomamos a concepção de criação de Brasília, marcada por ideários e desejos de representar um país unificado, moderno e que negasse a herança de violência e medo que constitui parte significativa da história brasileira. Contudo, ao observarmos sua própria constituição espacial e social, evidenciam-se contradições desse projeto. Os trabalhadores responsáveis pela construção da cidade não puderam acessar plenamente os espaços que estavam sendo edificadas, sendo posteriormente realocados para outras regiões. Nessas áreas, o acesso a direitos, como a saúde, permanecia fortemente vinculado ao trabalho. Dessa forma, a cidade foi se estruturando a partir de dinâmicas que acabaram por reproduzir desigualdades e processos de exclusão que o próprio projeto de Brasília buscava negar.

4.1 Caracterizando a saúde do Distrito Federal

Para compreender a organização das respostas institucionais frente às situações de violência no DF, torna-se necessário, inicialmente, apresentar alguns elementos relativos à estrutura e ao funcionamento da política de saúde no território. Nesse sentido, este tópico aborda tanto a caracterização geral do sistema de saúde do DF quanto a organização institucional da Secretaria de Estado de Saúde (SES).

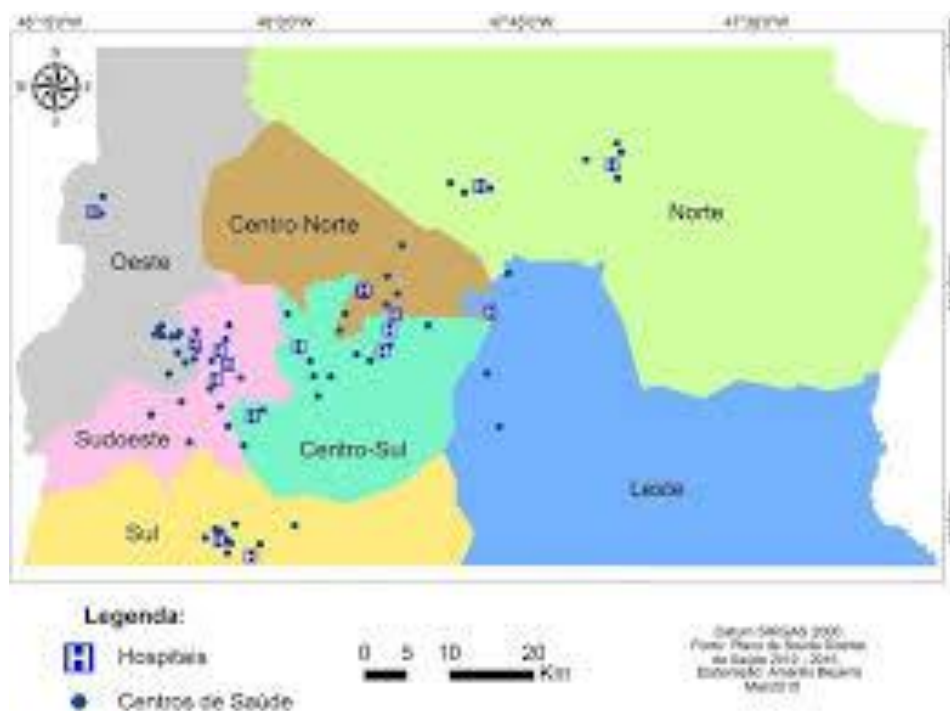
O Plano Distrital de Saúde (PDS) para o período 2024-2027 constitui o principal instrumento de planejamento da política de saúde no DF, tendo como finalidade estabelecer os objetivos, as diretrizes e as propostas orientadoras da organização das ações e dos serviços de saúde durante sua vigência. De acordo com o PDS, o DF é atualmente composto por 35 regiões administrativas, entre as quais se distribuem as diferentes políticas públicas, incluindo a de saúde. Araújo (2018) destaca que Brasília foi inicialmente projetada para comportar aproximadamente 500 mil habitantes. No entanto, segundo o Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022, a população do DF era estimada

em 2.817.381 pessoas, evidenciando transformações significativas na dinâmica demográfica e urbana do território e impondo desafios à organização das políticas públicas, especialmente no campo da saúde.

No âmbito da política de saúde, o atendimento à população ocorre por meio da organização do sistema em regiões de saúde, cuja delimitação não coincide necessariamente com as regiões administrativas. Essas regiões são estruturadas a partir de critérios geográficos e da estratégia de regionalização da saúde, que, segundo o PDS, “[...] visa à organização e distribuição otimizadas dos serviços de saúde, garantindo a cobertura e o acesso da população, maximizando a eficiência institucional e social” (SES, 2024, p. 36).

No DF, essa organização ocorre por meio da divisão em regiões e macrorregiões de saúde¹⁵. Atualmente, o sistema encontra-se estruturado em 5 regiões de saúde e 3 macrorregiões, esta última forma de organização tendo sido estabelecida a partir de 2020. Conforme indicado no PDS, a criação das macrorregiões teve como objetivo fortalecer o planejamento regional e responder às diretrizes de planejamento ascendente previstas para o SUS (SES, 2024).

Figura 1 – Regiões de Saúde do DF



Fonte: google, 2026

¹⁵ Acrescenta-se que a partir da portaria nº77, de 14 de fevereiro de 2017, a atenção primária de saúde passou por uma reorganização, com a necessidade de redefinir normas e diretrizes visando maior unificação entre as ações e regiões de saúde. Nesta portaria, a atenção primária assume papel de realizar a vigilância das violências.

O DF difere dos demais Estados devido à sua forma de organização e não municipalização, afinal, foi construído para ser a capital do Brasil, contudo, com sua expansão e foi estabelecida a estratégia de regionalização de saúde, para melhor atendimento da população. A Secretaria de Saúde do DF é “[...] responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde” (Carvalho, 2018, p. 74). A princípio, seus objetivos não diferem das propostas de outras secretarias ou mesmo da própria política de saúde, mas Carvalho (2018) acrescenta que a diferença da Secretaria do DF se dá pelo seu caráter cumulativo das funções de municípios e Estado.

De acordo, com site oficial da Secretaria de Saúde do DF, além das regiões de saúde constantes de superintendência própria, estão subordinados à Secretaria, os seguintes Órgãos vinculados: Fundação Hemocentro de Brasília (FHB); Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS); Conselho de Saúde do Distrito Federal e Colegiado de Gestão. Com processo de privatização, a Secretaria apontou em sua estrutura que os órgãos a seguir estão subordinadas na modalidade de “unidades terceirizadas”: Hospital da Criança de Brasília (HCB), Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) e UPAs. Com as três últimas sendo administradas pelo IGESDF após o ano de 2019 e algumas UPAs — não só administradas, mas criadas com recurso público —, com o IGES à frente da proposta de criação e expansão do serviço.

O documento PDS (2024-2027) resgata a quantidade de serviços ofertados pela Secretaria de Saúde no DF entre os anos de 2018 e 2022, principalmente o número de serviços que foram abertos entre esses anos. Sendo os principais:

- 1 hemocentro;
- 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que não houve abertura de nenhum outro do período;
- 176 unidades de saúde;
- 15 Hospital Geral, também não houve abertura de nenhum outro no período estabelecido;
- 13 UPAs, sendo que saíram de 6 unidades para 13;
- 18 CEPAVs.

A respeito desses números atrelados ao discurso da privatização, houve a expansão de serviços de urgência e emergência, após processo de expansão do IGESDF, sendo este o

principal organização e executor da abertura destes serviços. Contudo, Santos e Carvalho (2022) apontam que o processo de desburocratização apenas se mostra como mais uma estratégia do mercado privado para apropriação do fundo público e ampliação do desmonte das políticas sociais.

Dessa maneira, a estrutura da SES/DF¹⁶ comporta e revela a disputa do binômio público e privado, na qual necessita gerenciar esses dois campos em prol de um atendimento à população que cotidianamente chega aos espaços de saúde na esperança de melhor atendimento.

4.2 Distrito Federal: a cidade “não-violenta”

A capital federal, que nasce com a finalidade de se tornar exemplo para o restante do País, vai percebendo em sua consolidação que não poderá ficar à parte dos processos que influenciam a dinâmica da sociabilidade humana. Assim, o projeto inicial de construção do Plano Piloto se torna mais estratégia política do que projeto de cidade harmonizada.

Nesse sentido, o DF vai se consolidando em uma perspectiva não planejada e com reflexos do mundo que também estava se transformando; ou seja, o projeto ideal de Brasília, que se materializaria através do Plano Piloto, seria fantasiado com a constituição do Distrito Federal.

No projeto de exemplo para o país estava a constituição de uma cidade tranquila; contudo, com o Brasil vivendo um processo de Ditadura Militar civil e empresarial, Brasília já tinha um dos seus primeiros planejamentos desfigurados: o da não violência. Afinal, a Universidade de Brasília (UnB) teria sido palco para assassinato de presos políticos pelo Regime Militar, além do desaparecimento de diversos estudantes no período.

Nesse sentido, o projeto de “capital perfeita”, voltado para a não violência em seu imaginário, vai se desestruturando quando recapitulamos, de forma ilustrativa, atos de violência que marcaram de forma midiática a história da capital:

- *O sequestro, assassinato e violência sexual contra a criança Ana Lúcia, de 7 anos, praticados no ano de 1973, no qual, após anos de investigação, o caso não teve solução; atualmente, o parque infantil dentro do Parque da Cidade leva seu nome em homenagem;*
- *O assassinato do indígena Galdino, em abril de 1997, praticado por cinco jovens em uma parada de ônibus no Plano Piloto, que alegaram acreditar que o indígena seria uma pessoa em situação de rua;*
- *Em 2021, a midiática busca por Lázaro, acusado de uma chacina na cidade de Ceilândia, que acabou morto durante a operação;*

¹⁶ Organograma completa da Secretária de Saúde disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/transparencia-e-prestacao-de-contas/organograma/>. Acesso em: 2 nov. 2025.

• *E, mais recentemente, a invasão e vandalismo na Praça dos Três Poderes, em 8 de janeiro de 2023, orquestrados por admiradores do ex-presidente Jair Bolsonaro, configurando um ato de violência política contra toda a nação brasileira.*

O intuito de resgatar esses atos de violência não foi realizar uma análise no âmbito criminal, mas demonstrar que a falácia de Brasília como capital sem violência cai por terra desde sua concepção.

Nunes e Costa (2007) trazem que o processo de constituição do Plano Piloto e o crescimento desigual das cidades satélites produziram um desenfreado processo de desigualdade regional na capital do Brasil. Dessa forma, “[...] a violência se associou às desigualdades socioespaciais que caracterizam o Distrito Federal” (Nunes; Costa, 2007, p. 48). Os autores avaliam que a capital não foge às complexidades existentes em outras cidades brasileiras; contudo, apresenta características próprias de seu tempo, como o planejamento urbano inicial que rapidamente perdeu controle diante do processo de globalização e da exploração da força de trabalho.

Porto (2009) aponta que a violência no DF apresenta características relacionadas às desigualdades produzidas pelo crescimento desigual e desordenado das atuais regiões administrativas. Nunes e Costa (2007) e Porto (2009) destacam que a violência não está diretamente ligada à pobreza ou à vulnerabilidade social, contudo, à medida que esses espaços desiguais não oferecem condições e oportunidades para a resolução dos conflitos gerados pelo próprio processo de exploração social, a violência se manifesta nesses territórios majoritariamente como expressão da desigualdade social.

O processo de desigualdade social no DF afeta diretamente o processo saúde-doença, especialmente quando se adota a determinação social como perspectiva de análise para compreender a dinâmica construída na capital em relação ao acesso à saúde pública. Elias (2021) sinaliza que a desigualdade no DF é fruto da conjuntura nacional que assola o país desde a sua constituição, mas que é potencializada pela dinâmica da reestruturação produtiva e da implantação do neoliberalismo na década de 1990, a qual aprofundou os níveis de desigualdade social historicamente presentes na formação social brasileira (Elias, 2021).

Nesse sentido, a autora aponta que o DF vivencia profundas expressões das desigualdades sociais, como o desemprego e a fome, especialmente em momentos de crise, inclusive sanitária, a exemplo da pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). Elias (2021) apresenta dados preliminares que indicam elevadas taxas de desemprego e de trabalho informal nas regiões administrativas com menor renda *per capita* no ano de 2020, como o Varjão.

Em janeiro de 2026, o Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF) apresentou dados sobre os rendimentos das famílias residentes no DF, a partir de recorte da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada (PDAD-A 2024). De acordo com os dados do Instituto, a disparidade de renda se expressa de forma marcante entre as regiões administrativas: enquanto o Lago Sul apresenta renda domiciliar média de R\$ 29.802,04 e renda *per capita* de R\$ 15.780,19, no extremo oposto encontram-se regiões com os menores valores de renda *per capita*, como o SCIA(Setor Complementar de Indústria e Abastecimento), com R\$ 815,85 por morador, seguido pelo Sol Nascente/Pôr do Sol, com R\$ 845,62 por morador.

Essa disparidade socioeconômica no DF suscita reflexões acerca das formas desiguais de acesso à saúde, uma vez que, no mesmo estudo, foi apontado que 36,5% da população de Brasília possui planos privados de saúde, enquanto 27,8% buscam atendimento no Plano Piloto (PDAD-A, 2024). Observa-se que a maior concentração de planos de saúde está localizada nessa região. Estudo do Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), que apresentou o Mapa das Desigualdades de 2024, evidencia que, apesar da elevada concentração de planos privados no Plano Piloto, essa região também concentra a maior parte dos equipamentos públicos de saúde, reforçando a necessidade de deslocamento da população periférica em direção ao centro para acesso aos serviços.

Fachine *et al.* (2025), em estudo sobre o acesso aos serviços de saúde no DF a partir das desigualdades sociais estabelecidas no território, apresentam dados que demonstram que, além dos fatores relacionados à renda, a distância e a ausência de equipamentos de saúde nos próprios territórios configuram importantes barreiras ao acesso pelas populações mais vulneráveis. Os autores destacam que “[...] em contraste, o tempo médio de deslocamento é muito maior para o transporte público (1,34h) em comparação com o carro (0,53h)” (Fachine *et al.*, 2025, p. 8). Acrescentam ainda que “[...] o Lago Sul, com o maior percentual de posse de carro (96,9%), apresenta proporção quase três vezes maior que a do Varjão, que registra o menor percentual, com apenas 38,4%”. Dessa maneira, apesar dessas regiões integrarem o mesmo território urbano, o acesso aos serviços de saúde ocorre de forma profundamente desigual, condicionado pelos distintos meios de deslocamento.

Essas desigualdades se expressam de maneira violenta na vida da população do DF, seja durante o período da pandemia da COVID-19 — quando se evidenciou o acesso desigual aos serviços de saúde em todo o país —, seja nos elevados índices de violência nas regiões administrativas, ou ainda nas repercussões observadas no interior das unidades de saúde, decorrentes dos projetos políticos implementados pelo governo vigente.

Como exemplo, no ano de 2025 registraram-se mortes em estabelecimentos denominados de saúde mental, decorrentes da vigência de um projeto de caráter manicomial. Tanto o caso de Raquel, morta em hospital psiquiátrico no DF, quanto o incêndio ocorrido em clínica de reabilitação no Paranoá, no qual 5 pessoas morreram e outras 11 ficaram feridas, revelam como a dinâmica de desigualdade territorial e social atravessa o cotidiano dos serviços de saúde. Nesses contextos, a violência configura-se como mais um instrumento de fortalecimento da lógica privatista e profundamente desigual.

Dessa forma, os autores caracterizam o DF como uma “Ilha da Fantasia” (Nunes; Costa, 2007), uma vez que a capital ainda se mantém atrelada a um projeto de cidade futurística, centrado nos êxitos arquitetônicos e urbanísticos do Plano Piloto, ao mesmo tempo em que negligencia as múltiplas vulnerabilidades produzidas cotidianamente pelo próprio processo desigual de desenvolvimento urbano e social.

4.3 Violência e saúde no Distrito Federal: trajetória e desafios

Apesar desse breve histórico sobre a falsa sensação de não violência na capital do País, a violência passa a se tornar objeto de intervenção da política de saúde em meados da década de 1970. No DF, resgatam-se as primeiras iniciativas de trabalho com foco na violência no contexto da saúde ainda na década de 1990, após os processos de Redemocratização e de consolidação do SUS.

Relembra-se que, apesar de a temática da violência ter ingressado no campo da saúde ainda na década de 1970, apenas em 1994 ela adentra institucionalmente na agenda mundial da saúde, por meio do seminário da OPAS. Dessa maneira, nota-se que as ações do DF caminham a partir do tempo histórico do debate da violência também em nível internacional.

Carvalho (2018) e Laurez (2005) resgatam que o DF foi pioneiro ao desenvolver ações no âmbito do atendimento a vítimas de violência. Trazem como exemplo o programa “SOS Mulher”, criado no ano de 1996, que tinha como finalidade atender mulheres que passaram por situação de violência sexual, com possibilidade de gestação e que desejavam realizar a interrupção prevista em lei. As autoras relatam que, no ano de 1997, foi criado o “Programa de Proteção às Crianças Vítimas de Maus-Tratos”, focado no atendimento em saúde, visto que ambos os programas estavam localizados no antigo Hospital Regional da Asa Sul, hoje renomeado como Hospital Materno-Infantil de Brasília (Laurez, 2005). Além da pesquisadora, uma das criadoras do programa destacou que ambos objetivavam o atendimento às vítimas de

violência, mas também a sistematização dos dados, a capacitação de profissionais e, portanto, a organização de um sistema de proteção às pessoas em situação de violência.

Como consequência desse processo de organização do serviço, em 1999 surge a Ficha de Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, com a finalidade de sistematizar e qualificar os dados dessas pessoas que chegavam aos serviços de saúde. Ressalta-se que tanto a PNMRAV quanto a Ficha Nacional de Notificação de Violência vieram posteriormente; assim, a iniciativa de 1999 impulsionou esses serviços considerados promissores.

Em 2001, a PNMRAV trouxe a proposta de separar o debate sobre violência e acidentes, algo que os programas de atendimento à violência no DF já vinham realizando. Uma das reverberações das orientações da PNMRAV foi a criação de núcleos de monitoramento e atendimento a pessoas em situação de violência no âmbito da saúde. Nesse aspecto, o DF já executava tais serviços, ainda que de maneira fragmentada, mas com intencionalidade estruturante.

Em 2003, o DF instituiu os Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre Acidentes e Violências (NEPAV), inicialmente centralizados no Plano Piloto. Conforme destaca Laurez (2005), a experiência evidenciou a necessidade de descentralização desses núcleos, considerando a demanda crescente e a complexidade dos casos nas diferentes regiões administrativas.

A partir desse processo e diante da consolidação da importância desses serviços, foram implantados, em 2005, 14 Programas de Assistência às Vítimas de Violência (PAV), distribuídos pelas regiões administrativas existentes à época. A criação dos NEPAV configurava-se como marco relevante tanto para a consolidação da PNMRAV no DF quanto para o fortalecimento da assistência em saúde às pessoas em situação de violência.

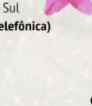
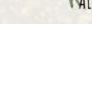
Silva *et al.* (2017) resgatam que os PAV foram historicamente constituídos com nomes de “flores”, como forma de, além de humanizar o serviço, torná-lo mais acolhedor para as pessoas que necessitassem, afinal, todos que procuravam atendimento tinham passado por alguma situação de violência. Acrescenta-se que o serviço tem como atribuições:

[...] realizam atendimento biopsicossocial, notificação dos casos, encaminhamentos intra e intersetorial, promoção à saúde, prevenção de violência, e educação em saúde. Ressalte-se a existência de atendimento especializado às vítimas e seus familiares, aos agressores sexuais adolescentes e suas famílias e aos homens adultos agressores sexuais (Silva *et al.*, 2017, p. 373).

Figura 2 – Referência de todas os CEPAV e nomenclaturas em referências às flores

"FLORES EM REDE" Fonte: SECRETARIA DE SAÚDE DO DF

UNIDADES DE CEPAV NO DISTRITO FEDERAL
CENTROS DE ESPECIALIDADES PARA A ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, FAMILIAR E DOMÉSTICA

 CEPAV FLORES DE LÓTUS	CEILÂNDIA Hospital Regional de Ceilândia (HRC) QNM 27 Área Especial 1 QNM 28 Telefone: (61) 3449-6147/98290-0317	 CEPAV JASMIM	PLANO PILOTO Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) 1º Andar, Sala 04.SMHN Q2 - Asa Norte Telefone: (61) 3449-4739/99451-2967
 CEPAV GARDÊNIA	GAMA Hospital Regional do Gama (HRG) Área Especial nº 01 Setor Central - Gama Telefone: (61) 3449-7357 /7354/7355 99201-7372	 CEPAV MARGARIDA	PLANO PILOTO Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) 1º Andar, Sala 04.SMHN Q2 - Asa Norte Telefone: (61) 3449-4740/99237-0336
 CEPAV PRIMAVERA	GUARÁ Policlínica do Guarã Hospital Regional do Guarã (HRGU) Área Especial QI 06 lote "C" Guarã I Ambulatórios 15 e 16 Telefone: (61) 3449-5127 99451-0035	 CEPAV AMARILIS	RECANTO DAS EMAS UBS 03 - Recanto das Emas Qd 104 105 Área especial lote, 25 Área Hospitalar Telefone: (61) 99171-4300
 CEPAV ALFAZEMA	NÚCLEO BANDEIRANTE Policlínica do Núcleo Bandeirante 3ª Avenida, Área Especial nº 03 Telefone: (61) 3449-5017/99451-2245	 CEPAV FLORES DO CERRADO	SANTA MARIA Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) Quadra AC 102, conj. A, B, C e D, s/nº Anexo salas AN6 e AN10 Telefone: (61) 3449-7356/ (61) 4042-7770 Ramal: 5525/5654
 CEPAV GRASSOL	PARANOÁ Hospital da Região Leste (HRL) Área Especial, Quadra 2, Conjunto K, Lote 1 Ambulatório - corredor D Telefone: (61) 3449-5223/99264-2694	 CEPAV ORQUÍDEA	SAMAMBAIA Hospital Regional de Samambaia (HRSam) QS 614 conj. "C" lotes 01 e 02 Samambaia Telefone: (61) 3449-7009/ 99155-2702
 CEPAV FLORES DE LIS	PLANALTINA Policlínica de Planaltina Área Especial entre Vias NS 01 WL04 Telefone: (61) 3449-5749 (61) 99262-0729	 CEPAV TULIPA	SÃO SEBASTIÃO Centro de Múltiplas Atividades Conjunto 10, Unidade de Saúde Corredor da Casa de Parto - São Sebastião Telefone: (61) 99175-2409
 CEPAV CALLIANDRA	PLANO PILOTO Adolescento SGAS Quadra 605, lote 32/33 12 sul - Asa Sul Telefone: (61) 3449-4743/ 99993-1951	 CEPAV SEMPRE-VIVA	SOBRADINHO Quadra Central - Prédio da Antiga CEB Telefone: (61) 3449-5748
 CEPAV VIOLETA	PLANO PILOTO Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) Av. L2 Sul SGAS Quadra 608 Módulo A - Asa Sul Telefone: (61) 3449-7759 (WhatsApp e ligação telefônica)	 CEPAV AZALÉIA	TAGUATINGA Hospital Regional de Taguatinga - (HRT) QNC - Área Especial nº 24 Ambulatório ao lado da matrícula Telefone: (61) 3449-6678/ 99357-5529
 CEPAV ALECRIM	PLANO PILOTO Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) SMHN Q2 - Asa Norte Ambulatório Telefone: (61) 3449-4738		

CUIDADO EM SAÚDE A QUEM VIVENCIOU VIOLÊNCIAS
MAIS INFORMAÇÕES: WWW.SAÚDE.DF.GOV.BR/CARTAS-SERVIÇOS-VIOLÊNCIAS

Fonte: Secretaria de Saúde, 2025

Complementa-se que o trabalho realizado tem o formato de atendimento grupal, considerando metodologias estabelecidas pelos profissionais executores dos serviços, e que, após 2011, os NEPAV ficariam responsáveis pelo monitoramento e pela avaliação dos dados de violência. Desta forma, os NEPAV passaram a integrar o campo da prevenção, da vigilância, do monitoramento e da avaliação da violência no DF. Assim, os NEPAV passaram não só a

prestar assistência às pessoas em situação de violência, também atuando como articuladores da rede territorial das demandas de violência.

Para melhor compreensão da evolução dos programas mencionados, segue a Figura 3, em forma de linha do tempo.

Figura 3 – Linha do tempo da evolução dos Programas



Fonte: elaborada pelo autor com auxílio de inteligência artificial (2026).

Apesar da criação dos NEPAV e da existência dos Programas desde o período 2004-2005, apenas em 2011, com uma mudança no organograma da Secretaria de Saúde, é que os Programas de Pesquisa, Assistência e Vítimas de Violência (PAV) são institucionalizados pela Secretaria de Saúde, ganhando recursos, servidores e força dentro da estrutura da saúde.

Desde sua criação, os PAV estão centralizados em regiões administrativas, atualmente divididas em regiões de saúde. Carvalho (2018) argumenta que tal divisão foi uma das estratégias do governo para pensar maneiras de enfrentamento conjunto às violências pelas quais o DF passa. Na prática, os PAV são subordinados aos NEPAV, sendo estes últimos regionalizados e definindo as melhores estratégias para aquelas regiões de saúde.

Embora haja pioneirismo por parte do DF, nota-se que os movimentos de contrarreforma já abordados afetaram a consolidação e a ampliação desses serviços. Exemplo disso é a expansão dos serviços do PAV: em 2004 foram criadas 14 unidades e, atualmente, em 2025, existem 18, mesmo com o crescimento da população do DF e o aumento dos índices de violência desde sua criação.

Outro ponto a ser considerado é o sucateamento dos PAV. Com a inserção das organizações sociais, o GDF não realiza concurso para a carreira de especialistas em saúde desde 2014; assim, não há profissionais suficientes para ingressar nos serviços, o que causa sobrecarga de trabalho e reorganização das funções. Ressalta-se que o PAV deve contar obrigatoriamente com assistentes sociais, psicólogos, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos de referência (podendo ser ginecologista, pediatra ou psiquiatra).

No relatório PDS (2024-2027), apontou-se que atualmente a Secretaria de Saúde conta com apenas 3.255 especialistas em saúde, número correspondente a apenas 11% do quadro de servidores da pasta. Tanto o Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios (MPDFT) quanto o Tribunal de Contas da União (TCU), assim como conselhos profissionais, já apresentaram estudos indicando a necessidade de concurso público para suprir a defasagem na área de especialistas. No relatório, foram mencionadas nomeações anteriores de médicos e enfermeiros e contratações via IGESDF, evidenciando, mais uma vez, a aposta do GDF na privatização como caminho para a organização da saúde na capital federal.

Dessa forma, os PAV continuam existindo sob constantes reorganizações de suas funções, enfrentando filas de espera, precarização dos espaços de trabalho e sobrecarga profissional, mesmo após nova reformulação em 2019. Naquele ano, o Secretário de Saúde expediu a Portaria nº 942, de 19 de novembro de 2019, que transformou o Programa em Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV). O avanço normativo ocorreu na consolidação das especialidades obrigatórias já citadas, na ampliação da autonomia do Centro e na redefinição de sua funcionalidade na dinâmica territorial, que, se antes era articuladora da temática da violência, passou a incluir a atribuição de “[...] ofertar apoio matricial às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e demais unidades de saúde”(GDF,2019,n.p), conforme o Artigo V da legislação.

Nesse contexto, a transformação em Centro de Especialidade representou um caminho de maturidade institucional dentro da Secretaria; contudo, o binômio privatização e universalização do SUS também impactou a consolidação desse processo, sobretudo com a chegada do IGESDF.

Em 2017, o IGESDF adentrou o sistema de saúde de Brasília ao assumir a gestão do então Instituto Hospital de Base, por meio da Lei nº 6.270. A organização social passou a se chamar IGESDF e a gerir não apenas o Hospital de Base, mas também as 13 UPAs e o Hospital de Santa Maria do DF. Ao assumir o Hospital de Santa Maria, que possuía características de hospital regional — com CEPAV, NRAD e ambulatorios —, o IGESDF, orientado por lógica gerencial, não estava preparado para manter tais serviços. Desse modo, em um primeiro momento, eles foram extintos durante o processo de transição da Secretaria para o Instituto.

Com a terceirização do Hospital Regional de Santa Maria, a região administrativa, que ocupava o 4º lugar no *ranking* de tentativas de feminicídio e o 5º em violência intrafamiliar, ficou sem assistência às vítimas de violência (MPDFT, 2020). À época, a população se mobilizou e apresentou denúncias ao MPDFT, por meio da Promotoria de Saúde, evidenciando os impactos da chegada do IGESDF na estrutura de saúde da comunidade.

Como resposta institucional à mobilização coletiva, em 4 de fevereiro de 2020, por meio da Recomendação nº 01/2020/PROSUS/MPDFT e NDH/NEVASCA/MPDFT, foi expedida ordem solicitando que o IGESDF, em conjunto com a Secretaria de Saúde, restabelecesse as atividades do CEPAV no hospital, com espaço e equipe conforme previsto em legislação.

Apesar dos recursos interpostos pelo Instituto, a decisão foi mantida e o CEPAV retornou em maio de 2021, com 2 assistentes sociais (um deles sendo o autor desta dissertação), 2 técnicos de enfermagem, 3 psicólogos e uma enfermeira, ocupando o espaço anteriormente destinado ao serviço, ainda que com estrutura mínima.

Assim, o processo de privatização passou a influenciar a organização do trabalho com pessoas em situação de violência, na medida em que o IGESDF buscava aplicar a mesma lógica de resultados hospitalares ao serviço especializado, desconsiderando as especificidades do cuidado às vítimas.

Nesse retorno do CEPAV de Santa Maria, identificou-se elevada rotatividade de profissionais — decorrente dos baixos salários e do modelo de contratação —, dificuldades institucionais de compreensão sobre a importância do programa e tentativas de adequação do serviço de cuidado à lógica empresarial. Dessa maneira, a preocupação dos trabalhadores dos CEPAV é que o processo de privatização avance por meio da ausência de concursos públicos, da deslegitimação do trabalho de cuidado e da sobrecarga daqueles que permanecem no cotidiano do serviço.

Atualmente, o Distrito Federal registra crescimento no número de pessoas acometidas por diferentes formas de violência. Os boletins epidemiológicos demonstram que, no primeiro semestre de 2024, 108 pessoas morreram no DF em decorrência de violências; já no primeiro

semestre de 2025, esse número subiu para 126. Diante disso, as ações de enfrentamento à violência devem permanecer preventivas e contar com investimentos contínuos.

No âmbito da saúde, observa-se retrocesso em relação aos caminhos iniciados em 1996. Apesar do ineditismo da criação dos NEPAV e, posteriormente, dos CEPAV, a PNMRAV ainda apresenta implementação incipiente no DF. Somam-se a isso a paralisia de investimentos na área da violência no setor saúde e o avanço da privatização, que coloca em risco a gestão dos núcleos de prevenção de acidentes e violências sob perspectiva individualizante, centrada nos profissionais que assumem compromisso com o debate (CLAVES, 2023). Tal lógica converge com o projeto neoliberal que, além de transferir ações públicas ao campo privado, individualiza respostas para questões essencialmente públicas, como a violência.

Por fim, Minayo (2023) nos provoca a refletir sobre a necessidade de retomar a Política Nacional de Redução de Mortalidades por Acidentes e Violências, tanto pela baixa implementação após 24 anos de criação quanto pela compreensão de que a violência estrutura as relações sociais (Silva, 2008), e pela potência que o setor saúde possui na prevenção e ampliação do debate acerca dessa categoria.

5 A INTEGRALIDADE NO CUIDADO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

O conceito de integralidade é recorrentemente apresentado quando nos deparamos com a Constituição Federal de 1988, a qual, ao versar sobre os princípios do SUS, os denota como direcionamento da lógica de atendimento pelo sistema, a partir do “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art. 198). No entanto, esse princípio enfrenta intensos desafios decorrentes das dificuldades posteriores à consolidação do SUS.

A integralidade passa a integrar o rol de princípios da Constituição Federal após uma mudança de sentido em sua essência. Mattos (2009) resgata que a integralidade teve origem nas práticas médicas, nas quais os profissionais que buscavam identificar questões do paciente para além da doença eram considerados detentores de uma forma diferenciada de atuação, como se fosse um valor individual, adquirido a partir da identidade pessoal de cada profissional.

Entretanto, com o processo de luta e mobilização da Reforma Sanitária brasileira, essa concepção de valor individual é ressignificada, uma vez que a integralidade passa a ser entendida como elemento inerente ao processo de trabalho em saúde (Mattos, 2009), não como característica isolada do profissional.

A noção de integralidade amplia-se quando se torna determinante para a constituição do SUS, visto que “[...] ela não é apenas um princípio normativo inscrito na legislação, mas uma diretriz operativa que redefine o modo como os serviços se articulam no território” (Dutra *et al.*, 2025, p. 26). Dessa forma, a concepção adotada ultrapassa o cuidado centrado exclusivamente na doença ou no indivíduo e passa a articular um sistema de ações e serviços voltado à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação como estratégia de acompanhamento contínuo das demandas daqueles que necessitam da política de saúde.

Nesse contexto, Mattos (2009) aponta que a integralidade se manifesta de diferentes maneiras: como boas práticas dos profissionais de saúde, ao considerar um olhar integral para o sujeito além de sua doença; como forma de organização do sistema de saúde; e como estratégia de resposta às questões públicas de saúde. Assim, a integralidade ingressa no cenário político-institucional como mecanismo de enfrentamento das desigualdades estruturais existentes.

Paim (2004), ao contribuir para esse debate, afirma que a noção de integralidade chega à Constituição Federal articulando a herança biomédica às lutas da Reforma Sanitária, unificando a assistência médica ao cuidado e as práticas da saúde pública. Desse modo, percebe-

se que, apesar dos ganhos constitucionais, o modelo assistencial preconizado no SUS — a partir de seus princípios e diretrizes, entre os quais a universalidade, a integralidade e a participação social — permanece em constante tensão entre projetos societários e projetos de saúde antagônicos: de um lado, o setor privado/filantrópico com lógica lucrativa; de outro, a defesa da saúde como bem público e direito de cidadania. Ainda assim, o autor destaca que, mesmo diante dessa tensão, a concepção de integralidade passou a abarcar quatro perspectivas fundamentais:

[...] a) como integração de ações de promoção, proteção recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (Paim, 2004, p. 18).

Nesse sentido, notamos que a integralidade está inserida em um cenário de disputas entre projetos societários e projetos de saúde. A depender da perspectiva adotada para orientar a política de saúde, esse princípio pode ser mobilizado tanto como instrumento de ampliação quanto de restrição da continuidade do atendimento aos usuários do sistema.

Paim ainda destaca que, para a plena realização desse princípio, é necessário atentar para a dimensão intersetorial da política de saúde. As demandas em saúde advêm de um complexo processo saúde-doença que não pode ser enfrentado exclusivamente pela política de saúde. Torna-se necessária a articulação com outras políticas de proteção social e de acesso a direitos básicos, a fim de responder aos diferentes níveis de complexidade presentes nessas demandas.

Compreendemos que a integralidade não deve estar restrita ao texto formativo da Constituição Federal, mas orientar toda a atuação do sistema de saúde. Nesse sentido, a análise dos dados buscará identificar a existência — ou não — dessa tensão na constituição do arcabouço legislativo-assistencial voltado à atenção às pessoas em situação de violência no campo da saúde. Assim, parte-se do entendimento de que a forma como a política de saúde organiza suas respostas às situações de violência também expressam as disputas em torno da materialização do princípio da integralidade no SUS.

5.1 A inserção da violência no campo da saúde: influências internacionais e desdobramentos nas políticas públicas de saúde no Brasil

Conforme estabelecido na seção 2, a violência aparece em diversos momentos da história — tanto em sua forma material quanto nas tentativas de explicá-la. A importância de compreendê-la no campo da saúde reside no fato de que, a depender de sua concepção, o direcionamento das intervenções e ações poderá tomar diferentes rumos.

No setor saúde, a violência passa a integrar a pauta entre as décadas de 1970 e 1980, contexto em que suas consequências se apresentavam como demanda crescente para os serviços. Uma das expressões mais evidentes desse fenômeno foram as agressões contra crianças, que mobilizaram profissionais atuantes na rede de saúde.

Nesse mesmo período, o setor também vivenciava momento de consolidação de suas concepções e formas de organização. Destacam-se as conferências em nível internacional que originaram a Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986). No Brasil, simultaneamente, a saúde tornava-se objeto central de debate no interior do movimento sanitário, que lutava pela afirmação da saúde como direito e por sua universalização.

Os documentos internacionais contribuíram intensamente para a constituição das políticas de saúde e para suas orientações técnicas. Em Alma-Ata, por exemplo, a saúde é definida como “direito humano fundamental” e sua “[...] realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde” (Alma-Ata, 1978). Tal formulação desloca a saúde da esfera estritamente individual e convoca Estados e os governos a estruturarem sistemas organizados e intersetoriais.

No mesmo documento, preconiza-se modelo de organização centrado na atenção primária à saúde, com foco nos países em desenvolvimento, sustentado pelos valores de cooperação e solidariedade no enfrentamento das desigualdades que atravessam o processo saúde-doença. Conforme afirma a declaração: “Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos [...]” (Alma-Ata, 1978). Tais valores, contudo, passaram a ser tensionados pelas medidas de austeridade fiscal e pela consolidação da lógica de mercado ao final da década de 1980 e nos anos 1990.

A Carta de Ottawa, por sua vez, reafirma o ideal de “saúde para todos”, ancorada em movimento sanitário internacional e na construção de novas estratégias para os sistemas de saúde. O documento aposta na promoção da saúde como eixo estruturante, ao afirmar que “[...] a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um

estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (Ottawa, 1986). Nesse sentido, estabelece diretrizes que orientam a reorganização do cuidado.

Além disso, a Carta convoca Estados e governos a consolidarem essa nova concepção, ao mesmo tempo em que reconhece os usuários como corresponsáveis na construção do processo de saúde, ao afirmar que “[...] a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde, instituições e governos” (Ottawa, 1986).

Embora ambos os documentos tenham sido marcos históricos na organização dos sistemas de saúde, passaram a sofrer críticas diante da ascensão do discurso econômico neoliberal a partir da década de 1970. Viana e Baptista (2005) indicam que a política de saúde foi progressivamente inserida na lógica do setor econômico, sendo avaliada sob critérios de eficácia, eficiência e controle de gastos. Como apontam os autores, “[...] o setor saúde começou a ser entendido como área gastadora e ineficiente na gestão dos recursos” (Viana; Baptista, 2005, p. 73).

Nesse cenário, as declarações internacionais passaram a ser questionadas por organismos financeiros, especialmente pelo Banco Mundial (BM). A Declaração de Alma-Ata foi criticada por defender propostas consideradas amplas e por evidenciar a necessidade de financiamento prioritário nos países em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, tais críticas abriram espaço para a reorientação das políticas sob influência de governos conservadores.

A intervenção do BM no setor saúde, desde a década de 1980, aponta para direção contrária aos princípios de universalização, ao tratar a saúde como gasto público. Rizzotto (2016) argumenta que essa interferência possui dimensão mais ideológica do que financeira. Segundo a autora, “[...] a questão central nunca foi saber se o Brasil poderia ou não arcar com os custos do sistema, mas a oposição de raiz entre o pensamento liberal e a implementação de sistemas públicos universais” (Rizzotto, 2016, p. 265).

Dessa maneira, Alma-Ata e Ottawa avançam na concepção ampliada de saúde, na organização dos serviços e na defesa da universalização como mecanismo de enfrentamento das desigualdades. Posteriormente, entretanto, tais orientações passaram a ser tensionadas por perspectivas neoliberais que concebem a saúde como setor regulável pelo mercado, não como instrumento de realização de direitos.

Esses documentos iluminam possíveis caminhos para compreender a violência no campo da saúde, na medida em que ampliam a visão sobre o processo saúde-doença. Ao afirmarem que as condições fundamentais para a saúde, incluem “[...] Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda – Ecossistema estável – Recursos sustentáveis – Justiça social

e equidade” (Ottawa, 1986), tem-se reconhecido que desigualdades estruturais atravessam a produção da saúde.

Considerando a estrutura de classes que organiza a sociedade, valores como paz, justiça social e equidade tornam-se tensionados pelo modelo de produção vigente, marcado por desigualdades e formas de exploração. Conforme discutido em seções anteriores, a violência acompanha historicamente a constituição do capitalismo; assim, ao estabelecerem paz e justiça social como determinantes da saúde, os documentos internacionais reconhecem, ainda que indiretamente, como o sistema econômico produz múltiplas formas de violência — seja por meio da exploração do trabalho, das guerras ou das desigualdades no acesso aos bens socialmente produzidos.

A Carta de Ottawa, expressão da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, viria a influenciar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2006), cujo objetivo é “[...] promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (Brasil, 2006). Entre suas ênfases, destacam-se ações voltadas ao enfrentamento e à prevenção das violências.

Em Alma-Ata, além de se afirmar a saúde como direito fundamental, destaca-se a centralidade dos cuidados primários, que posteriormente fundamentaram legislações voltadas à proteção das pessoas em situação de violência, ao reconhecer a atenção primária como ordenadora do cuidado. A relevância dessa dimensão reside em seu caráter territorial e comunitário, considerando que a violência não pode ser compreendida como manifestação exclusivamente individual, mas como fenômeno coletivo, demandando ações territorializadas para sua prevenção.

Assim, embora Alma-Ata e Ottawa não tratem explicitamente da violência, constituem marcos fundamentais para a organização das legislações que se estabeleceram posteriormente no Brasil no campo da assistência às pessoas em situação de violência. Em primeiro lugar, ao ampliar a concepção de saúde para além das enfermidades, incorporando fatores sociais, psicológicos e ambientais; em segundo, ao convocar Estados e governos a estruturarem serviços universais e territorializados. Tais elementos são essenciais para pensar a violência no âmbito da saúde.

A seguir apresentamos o Quadro 1, com a sistematização das principais legislações e direcionamentos e como elas estruturam a concepção de violência.

Quadro 1 – Concepções de Violência em documentos em documentos oficiais do campo da saúde

Documento	Nível	Enfoque predominante	Implicação para a Política de Saúde
Declaração de Alma-Ata (1978)	Internacional	Violência implícita nas desigualdades	Ênfase estrutural e coletiva
Carta de Ottawa(1986)	Internacional	Violência implícita nas desigualdades	Ênfase estrutural e coletiva
PNRMAV (2001)	Federal	Violência como agravamento e causa externa	Organização da vigilância e assistência
Instrutivo VIVA/SINAN (2008)	Federal	Evento notificável	Centralidade na notificação
Organização Mundial da Saúde (2002)	Internacional	Aponta intencionalidade da violência	Torna a violência como um problema de saúde.

Fonte: elaboração própria (2026).

Apesar das cartas já apresentadas, em 1995, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em conjunto com a OMS, estabelece a violência como um fator agravante para o processo de saúde, enfocando os países latino-americanos, onde muitos vivem um contexto de alta vulnerabilidade e pouco acesso aos serviços de saúde. Assim, a manifestação destes organismos internacionais foi de extrema importância para a inserção da violência na pasta saúde.

Las conductas violentas en la Región de las Américas constituyen un grave problema de salud pública y son causa de deterioro de la calidad de la vida. Sus consecuencias para la salud y el bienestar de las colectividades, su equilibrio social y su estabilidad económica reviste proporciones alarmantes (OPAS, 1994).

Junto com esta declaração pública, a OPAS fornece o primeiro boletim epidemiológico acerca das violências nos territórios das américas, dando maior força para a construção de políticas voltadas à atenção às pessoas em situação de violência. Estudos que trazem sobre o processo do boletim epidemiológico já foram amplamente projetados, a exemplo de Minayo (1994, 2006, 2018). Todavia, este boletim, apesar de sinalizar a ausência dos dados completos, tensiona a necessidade de que os países projetem políticas de prevenção à violência e atendimento às vítimas pelos sistemas de saúde.

Neste sentido, reforça-se a importância da criação da PNRMAV em 2001 — uma política que estrutura e organiza as ações de prevenção a violência no Brasil, trazendo uma definição antes mesmo da definição dada pela OMS em 2002. No quadro citado, apresenta-se que a concepção de violência enfoca a violência como um agravamento à saúde, ou seja, fatores que afetam a saúde ocasionadas por ações externas à pessoa, usando a violência e acidentes como exemplo. Apesar deste avanço, Minayo (2025) defende que a conexão entre problemas sociais

e agravos à saúde se torna um desafio para implementação plena da política, visto que ao assumir isto, a saúde também terá que revisitar os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica e compreender a saúde como democracia e justiça social.

Sinaliza-se que a PNRMAV vem buscando implementar suas ações para o seu objetivo maior — a prevenção a violência no Brasil. Como aliada, a Política Nacional de Prevenção a Violência (2006) surge estabelecendo diretrizes e formas para dar força a essas ações, como a criação dos núcleos de atenção às vítimas de violência e sistema de monitoramento e vigilância em saúde.

Neste sentido, compreendemos a importância do relatório de avaliação dos 20 anos da implementação da PNRMAV, elaborada pelo Ministério da Saúde (MS), pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Clareli (CLAVES), onde foi possível observar que o Estado brasileiro — apesar de avançar no debate sobre a perspectiva de ampliação do modelo sanitista de saúde — esbarra fortemente com os processos de contrarreforma e onda conservadora que assola o País, caminhando lado a lado com o modelo privatista (CLAVES, 2023).

O relatório nos traz que, ao longo dos 20 anos, o Brasil teve avanços significativos no que concerne ao registro epidemiológico dos dados de violência. Frisa-se que o registro se faz necessário para repensar a formulação de novas estratégias de prevenção à violência, por exemplo. Tais dados são extraídos das fichas de notificações, que

Em 2011 a notificação das violências interpessoais e autoprovocadas passou a integrar o SINAN e tornou-se compulsória para todos os serviços de saúde. Esse sistema teve e continua a ter um papel muito importante de introduzir os conceitos de violência nas bases de dados do Ministério da Saúde, bases que, inclusive, servem a outras áreas de conhecimento e de atuação (CLAVES, 2023,p.15).

A criação da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada foi uma das principais inovações, considerada instrumento de preenchimento obrigatório por qualquer profissional de saúde quando identificada situação de violência; passou a ser utilizada como mecanismo de realização de direitos, monitoramento de dados e encaminhamentos para rede de atendimento (Fiocruz, 2020; Minayo, 2018).

Como sinalizado anteriormente, a temática da violência adentra o campo da saúde em decorrência da preocupação com alguns grupos específicos, como crianças, mulheres e, posteriormente, idosos e pessoas com deficiência (Minayo, 1994). Deste modo, percebe-se que o avanço legislativo no campo dos direitos da criança e do adolescente, no período de análise do relatório (2021-2022), pode ter contribuído para implementação das poucas ações.

O tema da violência contra a mulher sempre teve um lugar privilegiado na OMS e no MS por forte influência do movimento feminista [...]. A violência contra crianças e adolescentes também é um tema que veio se internalizando na área da saúde mesmo antes da promulgação da política [...] (CLAVES, 2023, p. 10).

Até presente o momento, o relatório apresentou questões históricas e demarcações importantes para a construção da política públicas, todavia, ressalta-se o olhar para os dados sobre os tipos de violência e estratégias de enfrentamento pelo setor saúde.

O relatório avaliativo aponta que, no período de extração dos dados das bases do Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAN), em 2009-2021, “[...] internações por agressões, ou seja, tentativas de homicídio, ficaram em torno de 23 internações por 100.000 habitantes durante todo o período” (CLAVES, 2023, p. 13), sendo que 84,4% seriam homens que passaram por alguma situação de violência e/ou acidentes e precisaram de atendimento via política de saúde.

No que concerne às mortes por violência, o estudo apresentou que: “Notamos que as agressões se destacam, exibindo taxas que variaram entre 21 e 29 óbitos por 100.000 habitantes” (CLAVES, 2023, p. 14), sendo estes 91,8% homens, sendo 66,8% pretos e pardos (CLAVES, 2023). Infere-se que os dados dessa pesquisa foram extraídos dos sistemas nacionais de saúde e que, devido às subnotificações, podem indicar apenas uma amostra do real.

Os dados apresentados dialogam com o Atlas da Violência 2024, onde consta que, entre os anos de 2019 e 2021, o aumento de homicídios de forma considerável no País (Atlas, 2024). Um dos motivos que o Atlas aponta como marcador para não diminuição da violência é a eleição de Jair Bolsonaro.

Uma possível explicação para essa estagnação no processo de redução da violência letal no Brasil a partir de 2020 diz respeito à legislação armamentista do Governo Bolsonaro, que pode ter influenciado no sentido de aumentar os homicídios, anulando a maré a favor da redução de mortes, conforme exposto nos parágrafos anteriores (Atlas da Violência, 2024, p. 10).

Mattos (2020) e Silva (2021) dialogam ao apresentarem que no governo Bolsonaro a propagação da violência como estratégia de solução de problemas da sociedade foi algo legitimado, todavia, hoje temos como consequência o aumento das mortes e de lesões decorrentes de tentativas de homicídio e outras violências.

A proposta de mudar a legislação para facilitar compra, posse porte e uso de armas foi um dos carros-chefes do seu discurso. Nisso, a ideologia bolsonarista se acopla a uma longa trajetória de exploração política a midiática da violência do Estado e do exercício da “justiça privada” pelos “cidadãos de bem” como melhores respostas ao cotidiano violento das grandes cidades brasileiras (Mattos, 2020, p. 17).

Em diálogo com o Atlas da Violência (2024), o relatório de avaliação da PNRMV aponta que a maior incidência de tipos de violência que chegaram aos serviços de saúde — necessitando de atendimento nos níveis de maiores complexidades — foram as tentativas de homicídio e/ou feminicídio, seguidas de violência física e tentativas de suicídio (CLAVES, 2023). Mattos (2020, p.10) aponta que a “[...] violência social no Brasil, é de fato, um dado brutal da realidade” e sinaliza que o avanço do discurso neofascista já apresentava dados do aumento de diversas violências, como a contra mulheres, negros e jovens, e a violência policial, dentre outras.

Um ponto que não foi explorado no relatório de avaliação são os custos realizados pelo setor saúde, dos atendimentos de alta complexidade decorrentes de violências, afinal, uma das preocupações iniciais do setor saúde era de diminuir os custos com as longas internações provocadas e os processos de reabilitação, após as situações de violência (Minayo, 2004).

No entanto, Salvador (2020) apresenta o impacto da EC 95, que limita o teto dos gastos por 20 anos, acarretando grandes impactos para a política de saúde, principalmente com a explosão da pandemia do coronavírus: “[...] os gastos e investimentos na função saúde, no âmbito do orçamento da seguridade social, estão praticamente congelados desde que entrou em vigor a EC 95” (Salvador, 2020, p. 5). O autor aponta que, apesar do dito orçamento de guerra, no qual se autorizava algumas medidas de aumento do orçamento diante da situação de saúde, o repasse para setor foi ínfimo para execução do combate à pandemia (Salvador, 2020).

Podemos perceber tal impacto no relatório avaliativo quando é sinalizando que um dos maiores desafios para implementação de núcleos de prevenção de acidentes e violências, conforme preconiza a política, são os recursos e a adesão política, ou seja, a compreensão de que tal temática é importante para entrada na disputa pelo orçamento.

A invisibilidade dos Núcleos por parte de alguns gestores e profissionais foi constatada ao não conseguirem ou terem dificuldade de falar sobre o processo de criação, existência e permanência desses dispositivos em suas localidades por nunca terem existido ou terem sido desarticulados e extintos. Em resumo, há ainda um baixo investimento no tema da violência enquanto objeto do setor saúde (CLAVES, 2023, p. 30).

Além do pouco investimento na área da violência no setor saúde, nota-se que os núcleos de prevenção de acidentes e violências passam a ser gerenciados em uma perspectiva

individualista e centrada nos profissionais que assumem compromissos com o debate (CLAVES, 2023). Tal perspectiva vai de encontro ao projeto neoliberal que, além de transferir ações públicas para campo privado, propõe a individualização como respostas a questões que são públicas, como a temática da violência.

Sob este prisma de construção da principal política de prevenção à violência e acidentes é que o conceito de violência vai se complexificando ao longo dos anos e na constituição de políticas, fluxos e direcionamentos dentro da política de saúde. Notamos que a violência se concentra como agravo em saúde e que seu enfrentamento a partir das legislações se dará por programas, fluxos e ações que não necessariamente possuam a finalidade de romper com o que é um causador da violência — o sistema capitalista —, mas de mitigar os danos por ela causados, afinal, esse é o centro da natureza complexa da política social em sua concepção.

5.2 Integralidade e Fluxos de Violência no Distrito Federal

Ao pensar o campo operacional do enfrentamento à violência, o Distrito Federal torna-se pioneiro com a implementação dos CEPAVs, no ano de 2004, e a posterior expansão desses serviços. Apesar do atual sucateamento, decorrente do próprio processo de desmonte da política de saúde, o DF avançou ao construir uma proposta voltada à efetivação da PNRMAV e à assistência às pessoas em situação de violência. Contudo, esse avanço esbarra em processos políticos e sociais que disputam a política de saúde.

No contexto desse pioneirismo, o DF apresentou aos trabalhadores da saúde, em 2009, o *Manual de Atendimento às Vítimas de Violência na Rede Pública do Distrito Federal*, com o objetivo principal de instruí-los a estabelecer vínculos e manejos junto às vítimas de forma menos danosa aos usuários que chegassem ao serviço de saúde.

O documento estabelece definição de violência até então não explicitada nos instrumentos anteriores: “A violência, além de ser uma questão política, cultural, policial e jurídica, é também, e principalmente, um caso de saúde pública” (GDF, 2009). Chama atenção nessa definição a inclusão da violência como questão policial e jurídica, debate que vem se tensionando no interior da política de saúde. Minayo (2006) aponta que, ao deslocarmos a violência prioritariamente para o campo policial, corremos o risco de reforçar processos de individualização e criminalização, esvaziando sua natureza estrutural.

No mesmo documento, afirma-se que a violência é socialmente construída e que “necessita ser desconstruída a partir de ação intersetorial e multidimensional”, estratégias fundamentais para evitar a culpabilização das pessoas em situação de violência. Esse manual

permaneceu em vigência até 2025, quando foi criada a Linha de Cuidado às Pessoas em Situação de Violência, a ser analisada posteriormente. Ainda assim, o documento de 2009 representou tentativa concreta de estruturar caminhos para a integralidade no atendimento às pessoas em situação de violência no DF.

No Quadro 2, a seguir, expomos, junto ao manual, alguns dos principais fluxos e entendimentos que o DF teve acerca da assistência em saúde da pessoa em situação de violência.

Quadro 2 – Fluxos e orientações técnicas sobre atendimento às vítimas de violência

Legislação	Ano	Nível da assistência	Orientação p/ equipe de saúde
Manual	2009	Todos os níveis	Acolher, identificar, notificar e acionar rede de proteção
Fluxo Violência e Maus-tratos (APS)	Sem data	Atenção Primária com articulação à emergência	Acolher; examinar; identificar sinais de alerta; notificar; acionar rede jurídica
Nota Técnica Gravidez na Adolescência (2019)	2019	APS + Vigilância Epidemiológica	Identificar suspeita; notificar compulsoriamente; garantir proteção legal e cuidado clínico
Nota Técnica Notificação Imediata (2024)	2024	Todos os níveis do SUS	Notificar em até 24h via Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); articular seguimento clínico e psicossocial
Instrutivo NEPAV (2021)	2021	Todos os níveis do SUS	Preencher ficha com completude; garantir qualidade e consistência do dado

Fonte: elaboração própria (2026).

As normativas e os documentos orientadores acima foram selecionados a partir de uma busca no *site* oficial da Secretaria de Saúde e em portais que indicavam as ações da saúde no DF a respeito do atendimento às situações de violência. Elas apresentam caminhos técnico-operativos para instruir os profissionais acerca de como agir diante de situações de seu cotidiano profissional.

No quadro-síntese, o intuito foi apresentar as questões mais norteadoras dos documentos, como a articulações entre os níveis de atenção e condutas que profissionais de saúde pudessem realizar, contudo, em análise foi possível identificar que os documentos não se aprofundam no quesito compreensão de violência e dimensões para além da perspectiva biomédica.

O fluxo de maus tratos aponta apenas caminhos técnicos de como operacionalizar a assistência médica e de enfermagem quando houver possível situação de violência em serviços de Saúde. Nota-se que, no fluxo, ele se baseia no documento formulado pela Secretaria de Saúde — em 2009 — *Manual de Atendimento para vítimas de violência na rede pública do DF*, ao ponto que apresentam como fator de identificação de maus tratos os ditos “sinais de alertas” estabelecidos pelo manual.

Sinais de alerta: Lesões em peles e mucosa (mordeduras, marcas de dedos, cintos e fivelas, contusões, abrasões, hematomas, equimoses, queimaduras, alopecias resultante de arrancamento de cabelo); músculo-esqueléticas (fraturas, lesões em áreas genitais e perineais); transtornos psicológicos (apatia, aversão a contato físico, retardo psicomotor que melhora quando uma criança se separa da família, transtorno de sono ou alimentação, sensação de medo ou pânico, isolamento, sinais de depressão, agressividade ou irritabilidade (GDF, 2009).

A questão aqui não decorre da utilização de sinais físicos e/ou manuais para instruir a prática profissional, considerando que a violência muitas vezes resulta em sintomas e sinais físicos que necessitam de atendimentos médicos, mas de como ela é internalizada sem a participação do sujeito no processo ou de como a maneira protocolar pode deixar que a assistência a essa pessoa se resuma aos cuidados emergenciais sem continuidade. No fluxo, apresenta que:

Acolhimento com escuta qualificada, respeitando o compromisso de confidencialidade e privacidade; Atendimento médico com exame físico completo para avaliação da gravidade da lesão e realização de atendimento conforme recursos disponíveis e/ou encaminhamento para serviço de emergência; Preencher o Formulário de Notificação/Investigação Individual: Violência Doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais (preenchimento obrigatório — lei nº10.778 de 24.11.2003); Notificar o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude nos casos de suspeita ou confirmação de violência física em menores de 18 anos.(GDF,2020)

Aqui é possível avaliá-lo como um caminho viável para o atendimento da pessoa que chega ao pronto-socorro. Contudo, em sua essência, o fluxo não avança quando se considera a dimensão integral e a continuidade do cuidado para além do serviço de urgência e emergência. Os acionamentos do Conselho Tutelar e da Vara da Infância configuram encaminhamentos destinados a garantir a proteção e a defesa dos direitos da criança e do adolescente que foram violados; entretanto, na ausência desses acionamentos, observa-se que o fluxo poderia encerrar-se nas ações de cuidado imediato.

Verifica-se que esse fluxo seguiu as orientações técnicas do Manual criado em 2009. Todavia, em 2014 o Brasil avançou no debate acerca da prevenção e da assistência às pessoas em situação de violência, com a criação da *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para gestores e profissionais de saúde* (Brasil, 2014). O documento teve como finalidade subsidiar estados e municípios na tomada de decisões relativas à construção de fluxos e diretrizes assistenciais.

No texto, apresenta-se que a Linha de Cuidado foi formulada a partir da PNMRAV, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o que evidencia a intenção de estruturar uma política ancorada no princípio da integralidade. Além disso, o documento reconhece a violência como fenômeno multifacetado e explícita como ela passa a integrar a agenda econômica do setor saúde, ao considerar os custos que os cuidados às pessoas em situação de violência geram para o sistema, especialmente no âmbito das internações, da recuperação e da reabilitação.

Desse modo, o documento não apenas organiza fluxos e orientações técnicas, mas também sinaliza a importância de o setor saúde conferir centralidade à temática em âmbito federal, promovendo articulação intergovernamental para o enfrentamento da violência. A partir de perspectiva ampliada, apresenta noções que dialogam com o conceito de determinação social da saúde, ao indicar formas de identificação da violência relacionadas a contextos de vulnerabilidade social:

Outra forma de prevenir a violência é identificar as situações familiares que podem gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas, pelas dificuldades e desgaste que ocasionam. Situações como perda de emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, separação conjugal, morte de um de seus membros requerem atenção redobrada à família no sentido de ajudá-la a lidar com tais adversidades e a minimizar a busca da violência como forma de enfrentá-las (Brasil, 2014, p. 18).

Diante desse novo documento, observa-se que as legislações subsequentes passaram a se manifestar apenas entre 2018 e 2019. Assim, não foi possível encontrar registros que demonstrassem a maneira pela qual se dava o direcionamento das ações assistenciais realizadas pelos profissionais de saúde frente às situações de violência. No plano legislativo, o que se identifica são os fluxos apresentados em conjunto com o Manual de Atendimento, os quais reforçavam uma concepção de violência centrada no sujeito e com pouco diálogo com os demais níveis de atenção à saúde.

O cenário começa a se modificar no âmbito do GDF a partir dos anos de 2018 e 2019, com a criação de um colegiado destinado a iniciar o debate para elaboração da Linha de Cuidado do Distrito Federal. A Portaria nº 900, de 21 de agosto de 2010, já havia instituído grupo técnico para essa finalidade; entretanto, o processo ganha maior impulso diante do contexto de aumento dos índices de violência notificados pelo setor saúde.

Nos anos subsequentes, foram limitadas as conquistas efetivamente consolidadas pelo grupo técnico. Ainda assim, percebe-se que, à medida que novas legislações avançam, o debate sobre violência no Distrito Federal passa por transformações. Como exemplo, a nota técnica

sobre gravidez na adolescência apresenta avanço ao considerar como situação de violência qualquer caso envolvendo adolescentes menores de 14 anos que chegam aos serviços de saúde, fundamentando-se no debate constitucional do ECA e nas contribuições dos movimentos sociais, que reconhecem contextos de vulnerabilidade quando meninas iniciam gestação antes dessa idade.

A referida nota técnica compreende a gestação na adolescência como “[...] consequência da combinação de vários fatores como a pobreza, a aceitação do casamento precoce, barreiras de acesso à saúde e à educação, desinformação sobre sexualidade” (GDF, 2019, p.6). Cabe lembrar que, no mesmo período, a então ministra dos Direitos Humanos, Damara Alves, apresentou o programa intitulado *Adolescência primeiro, gravidez depois — tudo tem o seu tempo*, que defendia a abstinência sexual como estratégia de enfrentamento da gravidez na adolescência. Contudo, dados do Ministério da Saúde indicavam 4.262 casos de estupro contra adolescentes que resultaram em gestações e nascimentos entre 2011 e 2016, revelando a complexidade estrutural da temática.

Outro marco relevante para a articulação entre saúde e violência no DF foi a criação da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência (RAV), por meio da Portaria nº 108, de 20 de março de 2023. A constituição dessa rede ocorreu em cenário de tensão diante do aumento dos casos de feminicídio no DF, quando foi instituída uma “força-tarefa de combate ao feminicídio”. Nesse contexto, a criação da RAV apresentou-se como resposta governamental às pressões de organismos e movimentos sociais que demandavam ações concretas diante das mortes de mulheres no Distrito Federal.

A análise deste percurso legislativo aponta que o DF percorreu bastante tempo pelo caminho técnico-operativo, onde centrava-se na atenção à pessoa em situação em violência no campo superficial e biomédico. Contudo, o cenário se modifica com a articulação de setores da sociedade para institucionalização do serviço de atendimento e movimento para construção da linha de cuidado, que vem na tentativa de abranger essa atenção e, assim, concretizar os ideais originalmente propostos pela PNMRV e pela PNPS.

5.3 Aspectos epidemiológicos da violência no DF

A produção de dados sobre violência sempre se configurou um desafio. Segundo Minayo (1998), isso ocorreu tanto pela subnotificação quanto pela compreensão da violência como questão predominantemente policial, o que fez com que esses registros fossem incorporados a sistemas que não permitiam adequada quantificação. Como exemplo, acidentes

de trânsito eram incluídos no mesmo escopo dos casos de violência doméstica, dificultando análises específicas.

A necessidade de sistematização dos dados surge justamente para conferir visibilidade à problemática. Destaca-se o primeiro boletim epidemiológico expedido pela OPAS, em 1994, que apresentou as principais causas de morte nas Américas e indicou que, na década de 1990, mesmo diante da baixa qualidade dos registros, 10% das mortes por causas externas estavam concentradas no Brasil (OPAS, 1994).

Esse boletim reforçou a importância de organização dos sistemas de informação em saúde para subsidiar o planejamento de ações preventivas. Njaine e Reis (2005) apontam que após essa publicação a OMS passou a intensificar os debates sobre a inclusão da violência na agenda da saúde, culminando na formulação de seu conceito institucional de violência em 2002.

Nesse contexto, e após a aprovação de legislações como a PNMRAV e a PNPS, consolida-se no Brasil o sistema de vigilância conhecido como VIVA, cuja finalidade principal é sistematizar e analisar dados de violência no setor saúde. A criação desse sistema fundamenta-se no reconhecimento de que “[...] em nosso país, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos” (Brasil, 2016). Tanto a PNMRAV quanto a PNPS estabelecem como prioridade a criação de sistemas de monitoramento como estratégia para subsidiar políticas públicas.

Em âmbito federal, foram elaborados documentos orientadores para o preenchimento da ficha de notificação de violência, consolidando-se no *Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada*, com edições em 2011 e 2016. Em ambas, afirma-se que “[...] o seu objetivo é subsidiar os(as) profissionais que atuam nas unidades/serviços notificadores para um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados” (Brasil, 2016).

No Distrito Federal, além do documento federal, o Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção à Violência (NEPAV) elaborou instrutivo próprio, intitulado *Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*. O objetivo foi capacitar profissionais para que os dados fossem coletados e encaminhados ao Ministério da Saúde de forma fidedigna.

Ambos os documentos ressaltam a importância dos sistemas de informação sobre violência, reconhecendo-a como fenômeno social e orientando passo a passo o preenchimento do instrumento de notificação.

Apesar dos esforços em níveis federal e distrital, Avanci *et al.* (2025), em pesquisa avaliativa sobre os 24 anos da PNMRAV, apresentam panorama nacional dos sistemas de informação. Os autores indicam que o maior volume de notificações ainda se concentra nas

capitais, enquanto nos municípios do interior há resistência, atribuída ao “[...] medo de represália por parte de grupos delinquentes, à ausência de mecanismos legais de proteção para os profissionais encarregados de notificar e ao temor de serem acionados por quebra de sigilo profissional” (Avanci *et al.*, 2025, p. 11), considerando a maior proximidade entre trabalhadores e moradores em cidades menores.

Outro elemento identificado foi que “[...] são poucas e insuficientes as ações de formação permanente para o monitoramento dos casos de violência nos municípios, em todos os níveis dos serviços, na rede pública e privada” (Avanci *et al.*, 2025, p. 12). Assim, apesar da existência de instrumentos técnico-formativos, persiste o desconhecimento entre profissionais quanto ao preenchimento adequado dos dados.

Por fim, os pesquisadores apontam que a subnotificação não se relaciona apenas à necessidade de capacitação, mas também à elevada rotatividade profissional. Segundo o estudo, “[...] a rotatividade prejudica a continuidade da capacitação e da atualização da formação para o entendimento da violência” (Avanci *et al.*, 2025, p. 12). Essa rotatividade decorre, em grande medida, da baixa remuneração e da busca por melhores condições de trabalho, além da persistente compreensão da violência como questão restrita ao campo policial ou jurídico.

Dessa maneira, os dados de notificação ainda enfrentam desafios significativos, não apenas no preenchimento, mas também na análise e na utilização para a formulação de políticas. Os mesmos profissionais responsáveis pelo registro são aqueles que realizam o cuidado assistencial e recorrem aos fluxos e orientações técnicas; contudo, sem compreensão ampliada da categoria violência, corre-se o risco de reduzir o processo à mera administração formal das expressões do fenômeno.

Na mesma pesquisa, os autores destacam que “[...] a região Centro-Oeste se destacou nas notificações nos serviços de atenção primária e hospitalar” (Avanci *et al.*, 2025, p. 4), em comparação com outras regiões brasileiras, o que dialoga com os esforços empreendidos pelo NEPAV na capacitação contínua dos trabalhadores.

Por fim, não se pretende detalhar os dados específicos do DF apresentados nos boletins epidemiológicos, mas analisar o direcionamento que tais documentos oferecem à formulação de políticas públicas, considerando que “[...] a publicização das informações por meio de boletins, portais e plataformas de domínio público torna-se dispositivo importante na construção da visibilidade do tema da violência, ao mostrar sua magnitude e diferentes formas de expressão” (Avanci *et al.*, 2025, p. 10).

Quadro 3 – Principais orientações dos boletins epidemiológicos do Distrito Federal

Boletins Epidemiológicos	Quantidade	Principais Orientações
Entre os anos de 2022 e 2023	6 boletins	- Necessidade de Capacitação; - Dados inconsistentes com outros sistemas.
2024	4 boletins	- Maior veracidade dos dados; - Necessidade de garantir a integralidade; - Realização de capacitações.

Fonte: Elaboração própria(2026)

Os documentos analisados foram de encontro à literatura que coloca os principais desafios para consolidação de dados e dos sistemas de informações de violência. Importante sinalizar que os Boletins do Distrito Federal são organizados pelo NEPAV da Secretaria de Saúde, tendo como referência os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

Dentre das orientações dos documentos, foram apontados conquistas e ganhos ao longo dos anos, a exemplo do *3º Boletim Quadrimestral de 2022*, que incorporou, pela primeira vez, dado sobre mortes por violência no DF. Apesar do Atlas da Violência já publicizar tais dados anualmente, o DF conseguir coletar e analisar essas informações, o que se torna mais uma forma de construir ações preventivas dessas mortes.

No boletim epidemiológico da OPAS em 1993, apontava-se que o Brasil tinha 10% de suas mortes decorrentes de causas externas/violências, na justificativa da construção da PNMRAV apontava-se que a violência seria a terceira causa de mortes no País. Anos se passaram e no relatório de gestão do Distrito Federal de 2024, aponta-se que: “Causas externas de morbidade e de mortalidade com 1.558 óbitos” (GDF, 2024) são a terceira causa de mortes na capital federal.

Os dados revelam como a violência foi se tornando natural nas relações sociais e como acaba chegando cotidianamente nos serviços de saúde. Assim, dialogando Minayo (2006), afirma-se novamente que a violência se manifesta a partir dos cotidianos, dos machucados e das mortes, mas antes de tudo ela está apresenta de regulação das relações sociais, na forma de resolução de conflitos e, acrescenta-se também na maneira de produção da vida.

No mesmo Boletim de 2022, aponta-se o aumento das notificações de violência (SES, 2022). No documento, especialistas indicam que esse crescimento pode estar relacionado a uma maior sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da notificação. Silva (2023), por sua vez, argumenta que, apesar do aumento significativo no número de notificações, os dados ainda apresentam inconsistências nas informações registradas, gerando dificuldades

para o sistema de saúde na identificação do público-alvo, dos tipos de violência e de outros elementos relevantes para o campo da epidemiologia.

[...] o aumento das notificações no âmbito da atenção secundária não refletiu no aumento da qualidade das notificações, considerando que o nível obteve conceitos ruim a muito ruim, para todas as variáveis selecionadas. Essa contradição denota a necessidade de sintonia na estruturação do conjunto de ações e serviços especializados, com a ficha de notificação e seus rebatimentos para a proteção e cuidado à pessoa em situação de violência (Silva *et al.*, 2023, p. 8).

Em estudo recente, Silva *et al.* (2023) analisam a qualidade das informações das notificações e demonstram como a ausência ou o preenchimento inadequado desses dados afetam diretamente a assistência às pessoas em situação de violência no DF. Indicam que os erros no preenchimento podem estar relacionados à superlotação hospitalar — considerando que muitas vítimas procuram diretamente os prontos-socorros — e à insuficiente preparação profissional.

No campo da capacitação para o preenchimento das fichas de notificação, essa demanda aparece de forma recorrente nos estudos de Leite *et al.* (2021), Silva (2023) e Avanci (2025). A preocupação também é expressa nos boletins epidemiológicos de 2022 e 2023, que destacam a necessidade de “[...] intensificar as ações de capacitação no preenchimento da ficha de notificação de violência, melhorando a qualidade da informação e reduzindo a subnotificação” (SES, 2022).

Observa-se que os estudos sobre dados de notificação frequentemente apontam a capacitação como solução central. Entretanto, Silva *et al.* (2023) argumentam que o preenchimento depende mais da sensibilização dos profissionais do que apenas do domínio técnico, como se fosse um procedimento biomédico. Njaine e Reis (2005) ressaltam que muitos profissionais resistem ao preenchimento por associarem a ficha a um boletim de ocorrência, deslocando o processo para o campo policial, e não como parte do cuidado em saúde.

Essa compreensão repercute na construção de fluxos e orientações técnicas. No Distrito Federal, por exemplo, o *Manual de Atendimento às Vítimas de Violência no DF* indicava como fluxo primário que, “[...] nos casos de suspeita de violência física e sexual, encaminhar a notificação ao plantão policial” (SES, 2009, p. 21). Dessa forma, a ficha de notificação poderia ser interpretada não como instrumento de garantia de direitos e encaminhamentos assistenciais, mas como mecanismo de denúncia.

Tal orientação foi reformulada com a criação da Linha de Cuidado em 2025, que passou a indicar como procedimento pós-acolhimento “[...] preencher a ficha de notificação; inserir

informações no SINAN; inserir número da ficha do SINAN” (SES, 2025). Nessa perspectiva, a ficha deixa de ser instrumento de comunicação extra saúde e passa a integrar o cuidado ao usuário.

Quanto às capacitações no DF, Silva *et al.* (2023) pontuam que, com a criação do CEPAV em 2019, o Centro Especializado adquiriu maior autonomia para desenvolver formações em seus territórios. O segundo boletim quadrimestral de 2024 registra o aumento nas notificações, atribuído aos “[...] resultados de capacitações sistemáticas e à aproximação do NEPAV com os núcleos de vigilância regionais” (SES, 2024).

Cabe destacar que o NEPAV, enquanto setor responsável por estudos, organização de dados e formulação de ações preventivas nos territórios, realiza atualmente capacitações mensais com as equipes de saúde, buscando tanto instrumentalizar o preenchimento das fichas quanto identificar demandas específicas relacionadas à violência em cada região.

A capacitação continuada constitui diretriz da PNPS; contudo, no campo da violência, ganha centralidade após a institucionalização do sistema de vigilância de prevenção de violências e acidentes, em 2005, consolidando-se como ação permanente no sistema de proteção às pessoas em situação de violência.

No campo epidemiológico, reconhece-se sua importância para a caracterização territorial, o mapeamento de doenças e a formulação de estratégias preventivas. No caso da violência, a produção de dados surge inicialmente como demanda político-institucional, voltada à visibilidade do fenômeno, e posteriormente passa a subsidiar a formulação de políticas públicas.

Silva *et al.* (2023, p. 4) destacam que os dados são fundamentais para a construção de estratégias coletivas de enfrentamento, afirmando que “[...] notificar compõe uma das etapas da vigilância, que atravessa obstáculos cotidianos, desde a identificação dos casos de violência nos serviços de saúde até os encaminhamentos intersetoriais”. Assim, o ato de notificar configura etapa crucial do cuidado às pessoas em situação de violência.

Os boletins epidemiológicos do DF refletem as conjunturas nacional e regional quanto às dificuldades no preenchimento das notificações, marcadas por resistência e inconsistência. Pode-se inferir que tal resistência está relacionada à própria trajetória histórica da concepção de violência no DF, especialmente quando os fluxos e as normativas associavam a ficha de notificação à ação policial.

Esses boletins evidenciam ainda a natureza do cuidado ofertado às pessoas em situação de violência, ao enfatizarem inicialmente a necessidade de maior capacitação e, posteriormente,

incluïrem indicadores como “morte por violênci”, reforçando a urgência da ampliação do debate no setor saúde.

Anos mais recentes observam o aumento no número de notificações, ainda que persistam lacunas no preenchimento. Tal cenário sugere que, embora as capacitações contribuam para maior registro dos casos, permanecem desafios relacionados à qualidade da informação.

Conforme Carvalho (2018), os dados de notificação não servem apenas para informar a ocorrência do fato, mas para traçar os perfis da vítima e do agressor, além de subsidiar encaminhamentos adequados no âmbito do cuidado. Sob a perspectiva da integralidade, o preenchimento inadequado da ficha pode comprometer a continuidade assistencial.

Silva *et al.* (2023, p. 10) reforçam que “[...] a notificação qualificada é, portanto, parte do cuidado integral e responsabilidade de todo profissional de saúde”. Dessa forma, os boletins epidemiológicos indicam que a identificação da violênci ultrapassa o cuidado biomédico, envolvendo dimensões epidemiológicas, sociais e políticas, essenciais para a garantia da integralidade na atenção às pessoas em situação de violênci.

5.4 A linha de cuidado para as pessoas em situação de violênci no DF

Ao iniciar as problemáticas desta dissertação, em meados de 2023, enquanto trabalhador do CEPAV, uma das principais inquietações dizia respeito à ausência de uma Linha de Cuidado e de outros materiais que subsidiassem uma dimensão ampliada do atendimento às pessoas em situação de violênci. Até então, essa lacuna configurava-se como questão concreta, visto que o DF — apesar de pioneiro na criação de espaços especializados — não havia avançado suficientemente em suas legislações e normativas.

Durante o processo de escrita e formulação desta pesquisa, a Linha de Cuidado foi publicada em junho de 2025, após duas consultas públicas (realizadas em junho de 2020 e janeiro de 2025) e em meio à pressão exercida por diversos setores da sociedade diante do aumento dos casos de violênci no DF, tanto aqueles notificados pelo setor saúde quanto os elevados índices de feminicídio, amplamente divulgados nos meios de comunicação e vivenciados no cotidiano da população.

Observa-se que a Linha de Cuidado já apresenta, em sua introdução, posicionamento crítico acerca da assistência em saúde às pessoas em situação de violênci, ao afirmar que “[...] a intervenção no contexto da violênci no âmbito da saúde demanda articulação e coordenação entre os serviços, em todos os níveis de atenção e complexidade, com foco na continuidade da

assistência” (GDF, 2025, p. 5). Dessa forma, o documento surge tanto como resposta institucional da Secretaria de Saúde quanto como resposta governamental às demandas sociais.

A concepção de violência adotada no documento avança ao ultrapassar a mera organização de fluxos e estratégias assistenciais, incorporando sua dimensão política e estrutural, ao reconhecê-la como resultante das relações sociais e inserida no processo saúde-doença. Defende-se que a atuação diante da violência exige “[...] a organização do setor saúde em modelos de atenção multiprofissionais, que contemplem, com integralidade, a determinação social da saúde e suas consequências no processo saúde-doença” (GDF, 2025, p. 6).

Entre os documentos analisados, este é o primeiro a explicitar a categoria da determinação social da saúde, ampliando as possibilidades de pensar e realizar o cuidado. Ainda que inserida em contexto de privatização discutido anteriormente, a Linha de Cuidado foi construída por trabalhadores, gestores e usuários da política de saúde. Embora não se constitua como objetivo desta dissertação analisar detalhadamente esse processo de elaboração, destaca-se a relevância de sua construção coletiva, que contribui para maior democratização e criticidade na formulação das diretrizes.

Outro aspecto relevante do documento refere-se à materialização do debate crítico em ações concretas para o setor saúde, ao reafirmar a necessidade de atendimento integral às pessoas que chegam aos serviços, superando visão centrada exclusivamente no indivíduo e ampliando o cuidado para a garantia de direitos sociais. Tais como:

Intervenção em linha de cuidado; - Atenção com enfoque nas dimensões do cuidado integral: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede; - Articulação com o sistema de proteção social; - Trabalho em rede para a continuidade do cuidado, proteção, recuperação e restabelecimento do direito à cidadania (GDF, 2025, p. 16).

A linha de cuidado também expressa visão importante para o exercício da integralidade, que é o cuidado para além de fluxos e protocolos, ao estabelecer articulação com proteção social; seguimento em rede; e restabelecimento do direito; compreende-se que a pessoa que vivenciou situações de violência necessita de questões que a saúde poderá articular em conjunto àquela. Mattos (2006) evidencia que a integralidade vai mais além da criação de fluxos ou encaminhamentos para outros setores da saúde, alcançando a disponibilidade de identificar demandas não aparentes daquele sujeito que se apresenta aos profissionais.

Em outros momentos de análise documental, foi apresentado que os documentos até então tinha como objetivo fornecer ações assistenciais para os profissionais de saúde — que é uma demanda cotidiana destes trabalhadores —, contudo, deixavam de lado uma questão

importante para a concretização da integralidade, que, segundo Mattos (2006), é capacidade de ser flexível diante da extensa rotina e da complexidade que envolve o setor saúde, assim, o profissional poderá exercer a integralidade não como mais um protocolo, mas enquanto bandeira de luta dentro do SUS.

As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos (Mattos, 2009, p. 66).

A partir desses pressupostos teóricos, a linha de cuidado vai demonstrando preocupação em promover assistência às pessoas em situação de violência, amparada o modelo original da PNMARV e da PNPS, onde a integralidade era o centro da construção das ações. Deste modo, indica-se que a linha de cuidado e sua executabilidade podem se tornar um campo de disputa, visto que foi publicada em junho de 2025 e considerando o contexto político e social em que a saúde no Distrito Federal vivencia, ao abraçar fortemente a privatização.

Quadro 4 – Evolução dos documentos norteadores sobre violência e saúde

Legislação	Concepção teórica	Concepção Integralidade
Manual de Atendimento para vítimas de violência na rede pública do DF (2009)	Violência como um agravo, danos à saúde	Fragmentada
“Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para gestores e profissionais de saúde” (2014)	Violência multifatorial e dentro do campo dos determinantes sociais	Amplia-se, mas ainda não diálogo totalmente com conceito amplo
Linha de Cuidado as pessoas em situação de violência no Distrito Federal (2025)	Violência estrutural e componente das relações sociais	Diálogo com conceito da Constituição e teórico político

Fonte: elaboração própria (2026).

No Quadro 4, apontamos para uma evolução gradual e histórica acerca da construção de documentos orientadores de violência dentro do campo saúde no DF.

Minayo (2016) se atenta para o fato de que, durante a primeira década do século XX, diversas ações foram estabelecidas para pensar a inclusão da violência na agenda da saúde, a exemplo da implementação da PNPS; da criação do sistema de vigilância; da criação dos núcleos de atenção a violência, da articulação com a política de atenção básica; além da pressão dos movimentos sociais dos grupos minoritários (Minayo, 2016).

Assim, notamos que no percurso legislativo houve um grande esforço para materialização da inclusão desta agenda no setor. No DF, o debate se expressou a partir dos trabalhadores que buscavam melhor especialização para lidar com a situação de violência, a exemplo de Laurez (2005), que resgata a forma como os núcleos de atenção às vítimas de violência vão se construindo e ganhando força institucional a partir das normativas federais nos anos de 2005 e 2006.

Nesse contexto, podemos inferir que a Linha de Cuidado do Distrito Federal é a consolidação de um processo histórico de maturidade política e profissional, a qual — somados os fatores políticos e sociais — se deu como resposta às demandas das pessoas em situação de violência. O caminho percorrido demonstrou uma construção acerca da categoria da violência, uma fragilidade no atendimento, expressa nos fluxos e orientações técnicas, mas também um avanço na construção coletiva e política em normativas e documentos técnicos orientadores.

5.5 Afinal, o Distrito Federal dialoga com a integralidade na atenção às pessoas em situação de violência na saúde?

A integralidade segue como um princípio de extrema importância para construção da política de saúde no Brasil. Todavia, sua executabilidade se torna um desafio diante da conjuntura de desmonte do SUS e dos direitos sociais que assolam o País após a Constituição Cidadã. O DF, ao assumir compromissos assistenciais para cuidados às pessoas em situação de violência, caminha por liminaridade entre a administração formal da violência e a tentativa de atendimento humanizado em seus serviços.

Delimita-se aqui que a integralidade ultrapassa seu sentido formal no texto constitucional e diferencia-se que ela não é “[...] sinônimo de acesso a todos os níveis do sistema de saúde” (Mattos, 2009). A Integralidade é um valor construído pelos movimentos sociais, junto à Reforma Sanitária brasileira, com finalidade de pensar os processos de saúde-doença para além de fragmentos ou com foco na doença, deste modo, a integralidade se dá a partir do momento em que os profissionais são capazes de compreender demandas inexistentes dentro daquele cenário.

Quanto à violência, ela se expressa cotidianamente nos serviços de saúde, desde pronto-socorro a centros obstétrico, sendo assim, aparentemente o setor saúde poderá intervir através do cuidado com aquelas causas e repercussões da violência. É nesse sentido que a integralidade poderá ser aliada para o enfrentamento na saúde, quando o profissional ultrapassar este cuidado imediato e conseguir estabelecer procedimentos e ações para além do lhe é aparente.

No DF, observou-se pioneirismo na inserção da pauta da violência na agenda da saúde, com a criação de centros especializados e dispositivos institucionais. Contudo, a análise dos manuais e fluxos assistenciais entre 2009 e 2019 evidenciou centralidade técnico-operativa, com ênfase em protocolos biomédicos e procedimentos de notificação, reduzindo a integralidade a uma dimensão predominantemente formal.

Os boletins epidemiológicos revelaram avanços no volume de notificações e na institucionalização da vigilância, mas também indicaram fragilidades na qualidade dos dados e resistência no preenchimento das fichas. Embora essencial ao cuidado integral, a notificação passou a ocupar lugar central na organização da resposta institucional, por vezes dissociada da continuidade assistencial e da articulação intersetorial.

Neste sentido, notamos que a atenção às pessoas em situação de violência no DF percorreu alguns caminhos até o presente momento: 1) a institucionalização do tema, gerando a necessidade de centros de atendimentos, criação de fluxos e protocolos, estabelecimentos de capacitação continuada; 2) outro momento distanciamento do debate político acerca da temática da violência, ocorrendo uma tecnificação dos processos de trabalhos na atenção; e 3) um processo de mobilização para construção de linha de cuidado que respondesse às demandas de maneira crítica e às necessidades das pessoas em situação de violência.

A respeito do segundo tópico, podemos atrelar ao processo de desmonte da própria política de saúde que assola o País desde década de 1990 — que apresentamos de contrarreforma. Que no GDF se expressa com processo de privatização dos serviços, gerando rotatividade dos profissionais e redução de repasse para os setores públicos de saúde, todos fatores que podem gerar processos de tecnificação do processo de trabalho de saúde.

A respeito do terceiro tópico, ressalta-se a construção da linha de cuidado do DF, apresentada em 2025, após 6 anos de construção. Ela apresenta um avanço conceitual sobre aspectos da violência, apontando a violência em sua dimensão estrutural e a integralidade como um norte para a construção da atenção das pessoas em situação de violência no DF. Assim, mostra-se como um caminho possível para a real forma de vislumbrar as demandas não aparentes das pessoas em situação de violência.

No entanto, compreende-se que a Linha de Cuidado está inserida no contexto contraditório das políticas sociais no capitalismo. Sendo as políticas sociais instrumentos de redução de desigualdades, mas não de superá-las, podendo elas: “Alterar o padrão de desigualdade não significa superar a desigualdade, mas provocar a redução das distâncias entre rendimentos e acesso aos bens e serviços entre as classes” (Boschetti, 2016, p. 25).

Neste caminho, a integralidade na atenção às pessoas em situação de violência no DF apresentou tensão em sua manifestação durante a história — de um lado, a esperança na linha de cuidado estabelecida recentemente, de outro, com toda herança funcionalista da violência, anteriormente expressa por meio de legislações, normativas e manuais que tem o foco em saberes biomédicos. Bem como fatores sociais e políticos que interferiram nessa construção, a exemplo da privatização.

Tal tensão se revela quando se nota que, após 24 anos de implementação da Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência, a integralidade, enquanto princípio e valor, segue passos pequenos — decorrente de uma contrarreforma estatal, atrelada a um avanço do neoliberalismo e de discursos conservadores que assolam o sistema de Seguridade Social brasileiro.

6 ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS – CONSIDERAMOS QUE

Esta dissertação teve como objetivo examinar em que medida a política de saúde no Distrito Federal tem se organizado para promover atenção às pessoas em situação de violência, considerando o princípio da integralidade do SUS e as diretrizes da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV).

Inicialmente, houve a necessidade de aprofundar a categoria violência. Em diversos campos do conhecimento, a violência é explicada de diferentes maneiras, em razão dos impactos que produz nas relações sociais ao longo do tempo. Nesse contexto, as dimensões bio e psicossociais concentraram seus estudos em explicações centradas no indivíduo e nas formas pelas quais este poderia manifestar ou sofrer os efeitos de atos violentos.

No campo das Ciências Sociais, por sua vez, a explicação da violência passou a considerar a relação entre indivíduo e sociedade, bem como as formas pelas quais as estruturas de poder vigentes podem produzir, regular ou exercer atos de violência sobre a coletividade. Na tradição marxista, a violência é compreendida como elemento constitutivo do próprio capitalismo, uma vez que a dinâmica do capital se sustenta na apropriação da força de trabalho para a geração de lucro.

Foi nessa linha de argumentação que a dissertação se orientou, considerando que o modo de produção capitalista se apropria da violência para potencializar seus processos de dominação e consolidação. Desse modo, argumentou-se que a violência se constitui, na contemporaneidade, como uma espiral no interior do capitalismo, na qual ambos se retroalimentam, intensificando processos de exploração associados à ampliação da mais-valia.

Essas diferentes linhas teóricas de análise influenciaram, ao longo do tempo, as formas de intervenção sobre a violência que se expressaram por meio de forte atuação estatal e pela responsabilização individual, muitas vezes sem questionar as condições estruturais de produção da violência, particularmente àquelas relacionadas ao modo de produção capitalista.

No âmbito da saúde coletiva, a violência também esteve presente, embora sua incorporação como objeto de intervenção da política de saúde tenha ocorrido a partir de processos históricos e sociais que pressionaram o setor a responder às demandas de atenção às pessoas em situação de violência. Nesse cenário, profissionais de saúde, articulados a movimentos sociais, passaram a reivindicar melhores condições de atendimento para essas demandas que chegam cotidianamente à rede de atenção à saúde.

Considerando a concretude da violência na vida dos sujeitos, passaram a ser tensionadas estratégias institucionais para seu enfrentamento, visto que seus impactos produzem demandas

diretas ao setor saúde, seja no campo da prevenção, no da urgência e emergência ou no da reabilitação (Minayo, 2018).

Nesse contexto, o Brasil incorporou de forma mais sistemática a relação entre saúde e violência na agenda pública a partir de 2001, com a promulgação da PNRMAV, voltada à prevenção e ao acompanhamento de pessoas em situação de violência (Brasil, 2001). A PNRMAV constituiu marco legislativo importante, impulsionando a estruturação de serviços especializados, como aqueles implementados no DF para atendimento às vítimas de violência doméstica, familiar e sexual (Carvalho, 2018).

Inicialmente, esses serviços configuraram experiência relevante para a articulação do cuidado às pessoas em situação de violência no DF. Entretanto, observou-se a consolidação de um modelo centrado na especialização das demandas, enquanto a literatura e o debate político apontam a necessidade de estratégias baseadas na integralidade do cuidado e na articulação intersetorial.

Mesmo com o pioneirismo na criação de serviços especializados, o Distrito Federal ainda careceu, por longo período, de normativas distritais que articulassem os diferentes níveis de atenção à saúde no enfrentamento da violência, mantendo essa temática predominantemente vinculada ao nível secundário de atenção.

Embora tenham sido desenvolvidas iniciativas institucionais, como fluxos, portarias e orientações técnicas, a análise documental evidenciou que a implementação da PNRMAV e de outros instrumentos normativos foi atravessada por processos político-estruturais mais amplos, relacionados à contrarreforma do Estado.

O processo de contrarreforma estatal, intensificado após a promulgação da Constituição de 1988, foi favorecido por condições sócio-históricas marcadas por restrições ao acesso a direitos e pela crescente racionalização das políticas sociais. Esse movimento se contrapõe aos princípios defendidos pelo projeto da Reforma Sanitária brasileira, que compreende a saúde como direito universal e dever do Estado.

Nesse cenário, embora tenham ocorrido avanços legislativos e institucionais — inclusive com o protagonismo do Distrito Federal em algumas iniciativas —, a materialização dessas diretrizes foi tensionada pelas disputas políticas em torno da implementação efetiva dos direitos sociais.

A análise dos documentos orientadores da política de saúde para atenção à violência no DF revelou a coexistência de duas tendências: de um lado, a da preocupação institucional em responder às demandas sociais em relação à violência; de outro, a da presença de elementos que

dialogam com o projeto de contrarreforma, este marcado pela racionalização da política social e pela expansão de processos de privatização no campo da saúde.

Entre os elementos que expressam essa tensão, destacou-se a dificuldade observada em alguns documentos quanto à conceituação da violência, frequentemente apresentada em perspectiva individualizada e focalizada, o que tende a orientar intervenções igualmente centradas no indivíduo, em detrimento da compreensão mais ampla da violência como fenômeno socialmente produzido.

Outro aspecto identificado refere-se à distância entre os instrumentos normativos existentes e sua apropriação no cotidiano dos serviços de saúde. A análise dos boletins epidemiológicos indicou dificuldades enfrentadas por profissionais da rede de saúde do Distrito Federal na utilização de instrumentos de registro e notificação da violência. Esse cenário revela que, mesmo após mais de duas décadas da instituição da PNRMAV e de quase 20 anos da criação dos CEPAV, a compreensão da violência como objeto estruturante de intervenção no campo da saúde ainda demanda esforços contínuos de formação e organização institucional.

No que se refere ao princípio da integralidade — entendido tanto como valor societário quanto como diretriz estruturante do SUS —, observou-se que sua materialização enfrenta desafios quando predominam abordagens individualizantes e focalizadas. Nesse sentido, verificou-se que o DF inicialmente respondeu às demandas sociais por meio da criação de serviços especializados. Contudo, as intenções expressas nos documentos normativos foram atravessadas por processos mais amplos de tensionamento das políticas sociais, que impactaram a consolidação de uma rede articulada de atenção às pessoas em situação de violência.

A utilização da expressão *administração formal da violência* emergiu da análise dos documentos examinados, que evidenciaram dupla dinâmica: ao mesmo tempo em que se observa a produção de instrumentos normativos voltados à organização da atenção à violência, também são identificados limites na materialização dessas diretrizes no cotidiano da política de saúde.

Dessa forma, este estudo contribui para ampliar o debate sobre as respostas institucionais construídas no DF para a atenção às pessoas em situação de violência, evidenciando que a violência deve ser compreendida como dimensão estruturante das relações sociais e como elemento de incidência diretamente no processo saúde-doença.

Destaca-se que, durante a etapa final desta pesquisa, foi publicada a *Linha de Cuidado para Atenção à Pessoa em Situação de Violência no Distrito Federal*, documento que busca sistematizar e orientar as estratégias de cuidado no âmbito da política de saúde. Embora sua recente implementação não tenha permitido análise aprofundada neste estudo, entende-se que

esse instrumento representa um campo promissor para estudos futuros, especialmente no que se refere à implementação nos serviços de saúde e à capacidade de fortalecer a integralidade da atenção às pessoas em situação de violência.

Por fim, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o aprofundamento do debate acerca da relação entre violência e saúde, reconhecendo que a violência não pode ser compreendida apenas como evento isolado, mas como expressão de relações sociais historicamente construídas e reproduzidas no cotidiano. Nesse sentido, refletir sobre as respostas institucionais produzidas no âmbito da política de saúde implica reafirmar o compromisso com a defesa do SUS e com a construção de práticas orientadas pelo princípio da integralidade.

Se a violência se apresenta, muitas vezes, como parte daquilo que se convencionou chamar de *violência nossa de cada dia*, torna-se igualmente necessário fortalecer estratégias institucionais e coletivas capazes de responder a esse fenômeno em sua complexidade, reafirmando o cuidado, a proteção social e o direito de cidadania como dimensões centrais da política de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C. de; SILVA, M. J. de S. E. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 953-965, out. 2014.
- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-884, out. 2004.
- ANDRADE, P. M de. **O que se faz quando há violência?** A política de assistência social no combate à violência intrafamiliar. 2019. Tese (Doutorado em Política Social) —Universidade de Brasília, Brasília, 2019.
- ARENDT, H. **Sobre a violência**. Tradução de André de Macedo Duarte. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.
- AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, Q. B. M.; ASSIS, S. G. de. Ações de vigilância das violências em serviços da atenção primária, hospitalar e de reabilitação no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e17372024, mar. 2025.
- BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. de S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 841-854, jul. 2015.
- BOSCHETTI, I. **Assistência social e trabalho no capitalismo** São Paulo: Cortez, 2016a.
- BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS DE SERVIÇO SOCIAL (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS, 2009. p. 323-340.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violência**. Brasília: MS; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- BREILH, J. Saúde na sociedade pandêmica e sindêmica na perspectiva da epidemiologia social crítica. In: GOULART, P. M.; BICHARA, T. A. C.; RAMALHO, S. A. **Jaime Breilh na UNIFESP**: saúde dos povos e o pensamento metacrítico. Rede Unida: Porto Alegre, 2024b, p. 65-118.
- CARVALHO, M. G. O. **O tema da violência e a tomada de decisão do gestor da saúde**: estudo de caso do Distrito Federal. 2018. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2018. Acesso em: 20 de set 2023.

CASTELO, R. A Violência como potência econômica na gênese da “Questão Social” No Brasil. **Temporalis**, v. 21, n. 42, p. 94-109, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/36372>. Acesso em: 18 jul. 2025.

CHABAN, L.; LEAL, M. L. P. Relações Sociais, poder e abuso sexual infantil: ruptura ou continuação pós-31 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil? *In*: NOVAIS, L. C. C.; SALVADOR, E (org.). **Política Social e Cooperação no Centro-Oeste Brasileiro**. Embu das Artes (SP): Alexa Cultural, 2021, v. 1, p. 125-142.

CHAUÍ, M.; ITOKAZU, E. M. **Sobre a violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

CORDEIRO, M. P.; SPINK, M. J. P. Apontamentos sobre a História da Psicologia Social no Brasil. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. spe, p. 1068-1086, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 jan. 2025.

CORREIA, D.; MENDES, A. N.; CARNUT, L. Determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano: a importância do pensamento crítico em saúde. **Revolutionary Criticism**, v. 2, p. art. e002 [24], 2022. Disponível em: https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC_CR.v2-e002. Acesso em: 27 set. 2025.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução de Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classes**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE ARAÚJO, G. C. C. Brasília: ideias e contradições de uma espacialidade. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, n. 33, p. e34471, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/geouerj/article/view/34471>. Acesso em: 17 jan. 2026.

DIAS, D. S. de L. O legado de Martin-Baró: a questão da consciencia latino americana. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 33, p. 11-22, jul. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 jan. 2025.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. Tradução de Paulo Neves. 2; ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DUTRA, L. da C. *et al.* Da lógica flexneriana à integração do sujeito – do hospital ao território, da fragmentação à integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 23, n. 8, p. e11025, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/11025>. Acesso em: 15 fev. 2026.

ENGELS, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. 3 ed. Tradução de Leandro Konder. São Paulo: Expressão Popular, 2012b.

ENGELS, F. **O papel da violência na história**. São Paulo: Edições Iskra, 2016.

FALEIROS, V. P. A questão da violência. In: SOUSA Jr., J. G. *et al.* (Org.). **Educando para os Direitos Humanos**, Porto Alegre, v. 1, n. 4, p. 83-98.

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975b.

FERREIRA, G. C. Raça e nação na origem da política social brasileira: união e resistência dos trabalhadores negros. 2020. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

FLORES, R. Z. A biologia na violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 197–202, 2002.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: violência doméstica e familiar na Covid-19**, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/saude-mental-e-atenaopsicossocial-na-pandemiacovid-19-violencia-domestica-e-familiar-na-covid-19.pdf>. Acesso em: 28 set. 2023.

GIRARD, R. **A violência e o sagrado**. Tradução de Martha Conceição Gambini. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1990.

GÖTTEMS, L. B. D. *et al.* Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, jun. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: DF, 2005.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Informe Epidemiológico Quadrimestral. **Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal**, ano 4, n. 1, jan. 2023.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/pt/web/guest/vigilancia-em-violencia>. Acesso em: 2 out. 2023.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Protocolos Clínicos Aprovados**. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados>. Acesso em: 22 set. 2023.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Saúde estabelece Linha de Cuidado necessário com pessoas em situação de violência**. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/saude-estabelece-linha-de-cuidado-necessario-com-pessoas-em-situacao-de-violencia>. Acesso em: 22 set. 2023.

HILDEBRAND, S. M. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal**: 1997-2006. 2008. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

HOBBS, T. **Leviatã**: ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil. Tradução de Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

JORGE, M. H. P. M. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1128-1129, jul. 2003.

KLINBERG, O. Las causas de la violencia desde una perspectiva sóciopsicológica. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO) (org.). **Las violencias y sus causas**, p. 123-138. Paris: UNESCO, 1981.

KRUG, E. G. *et al.* (eds.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982, p. 7-25. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katál.**, Florianópolis, v. 10, n. esp. 2007, p. 37-45.

MARABOTTI COSTA LEITE, F. *et al.* Violência autoprovocada no Espírito Santo: uma análise dos casos entre mulheres. **Revista Baiana De Enfermagem**, n. 37, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.54463>.

MARINEZI, L. F. C. *et al.* Prevalência e características das violências e intoxicações exógenas autoprovocadas: um estudo a partir de base de dados sobre notificações. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 4, p. 293-301, 2021.

MARINI, R. M. **Dialética da dependência**. 10. ed. México: Era, 1990.

MARTÍN-BARÓ, I. **Acción y ideología**: Psicología Social desde Centroamérica. 2. ed. San Salvador: UCA, 1985; 2012.

MARTÍN-BARÓ, I. Desafios e perspectivas da Psicologia Latino-Americana. In: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JR., F (org.). **Psicologia Social para a América Latina**. O resgate da Psicologia da Libertação. Campinas, SP: Alínea, 2009.

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra y salud mental. **Estudios Centroamericanos**, v. 39, n. 429-30, p. 503-514, 1984.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MARTINS, K. O.; LACERDA JR, F. A contribuição de Martín-Baró para o estudo da violência: uma apresentação. **Revista de Psicologia Política**, São Paulo, v. 14, n. 31, p. 569-589, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 jan. 2025.

MARX, K. **O capital**: a crítica da economia política: Livro I. São Paulo: Boitempo, 2015.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set. 2004.

MELLO JORGE, M. H. P. de. Violência como Problema de Saúde Pública. **Ciência e Cultura** (SBPC), p. 52-53, 2002.

MENICUCCI, T. A assistência à saúde no governo militar (1964-1985) e sua herança para o SUS: o híbrido público-privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 10, p. e0094024, 2024.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

MINAYO, M. C. de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. S7-S18, 1994.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018.

MISSE, M. Violência e teoria social. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 9, n. 1, p. 45-63, 2016.

MOURA, C. O Racismo como arma ideológica de dominação. **Princípios**, São Paulo, n. 34, 1994.

MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

NETTO, J. P. **Introdução ao Estudo do Método**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NUNES, B. F; COSTA, A. Distrito Federal e Brasília: dinâmica urbana, violência e heterogeneidade social. **Cadernos Metrópole**, n. 17, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/8762>. Acesso em: 17 jan. 2026.

OLIVEIRA, W. F. de. Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 42-53, jul. 2008.

PAIM, J. S. Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 139-153.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.

PASSETO, A. Uma análise da qualidade das notificações de violência na Superintendência Regional de Saúde Centro-Sul do Distrito Federal: contribuições para integralidade do cuidado. **Health Residencies Journal**, v. 4, n. 21, 2023. Disponível em: <https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/715>. Acesso em: 17 fev. 2026.

PEREIRA, V. O. de M. *et al.* Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, supl. 1, p. e200004., 2020.

PIRES, S. de S. **Sobre luzes que faíscam no caos**: um estudo acerca do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família no atendimento às violências. 2020. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

PONTES, R. **Mediação e Serviço Social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

ROSADO, I. V. M.; FREITAS, G. A. de. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. **SER Social**, v. 22, n. 47, p. 368-388, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428. Acesso em: 14 set. 2023.

SANTOS, L. R. S. Desburocratização da gestão ou privatização dos serviços públicos da saúde? Reflexões a partir da parceria entre o instituto de gestão estratégica de saúde no Distrito Federal - IGESDF e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: [s.e.], 2022.

SANTOS, L. R. S. **O Estado brasileiro**: entre o velho e o novo no contexto do capitalismo dependente. São Paulo: [s.e.], 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Planejamento em Saúde. **Plano Distrital de Saúde**: PDS 2024 a 2027. Brasília: SES-DF, 2024.

SILVA, J. F. S. da. Violência e desigualdade social: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **SER Social**, Brasília, n. 19, p. 31-58, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12749. Acesso em: 2 jan. 2025.

SILVA, J. F. S. DA. Violência e Serviço Social: notas críticas. **Katál.**, v. 11, n. 2, p. 265-273, jul. 2008.

SILVA, M. L. L. da. Neofascismo, ultraneoliberalismo e corrosão da essencialidade da previdência social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 20, n. 1. p. 1-16, jan./dez. 2021.

SILVA, M. M. D.; STROHER, L. M. C.; ADRÉEV, W. G. A. Assistência e Vigilância em Violência do Distrito Federal sob a ótica do monitoramento e avaliação. **Rev Saú Deb.**, v. 41, p. 372-386, mar. 2017.

SISTEMA INTEGRAL DE NORMAS JURÍDICAS DO DF (SINJ-DF). **Portaria 347 de 19/04/2021**. Instituir o Comitê Permanente de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1279782a6c7749659f146c9ce197609a/Portaria_347_19_04_2021.html-. Acesso em: 2 out. 2023.

SISTEMA INTEGRAL DE NORMAS JURÍDICAS DO DF (SINJ-DF). **Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019**. Institui o Centro de Especialidades de referência no atendimento às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica (CEPAV). Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f/Portaria_942_18_11_2019.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20942%2C%20DE%2018,%2C%20Familiar%20e%20Dom%C3%A9stica%20%2D%20CEPAV. Acesso em: 25 set. 2023.

SISTEMA INTEGRAL DE NORMAS JURÍDICAS DO DF (SINJ-DF). **Portaria nº 108, de 20 de março de 2023**. Institui a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/da89b26e911148a8b4a34e3d2c5f03e3/Portaria_108_20_03_2023.html. Acesso em: 5 set. 2023.

SOCIOLOGIAS, C. E.; STELA GROSSI PORTO, M. Entre a política e a religião: caminhos da contribuição weberiana à análise da violência. **Sociologias**, v. 22, n. 52, p. 121-136, jan./jun. 2020.

SOUZA, L. de J.; FARIAS, R. de C. P. Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, n. 144, p. 213-232, maio 2022.

SOUZA, L. E. P. F. de. Saúde pública ou saúde coletiva? **Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 4, p. 7-21, 2014. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/545>. Acesso em: 2 out. 2025.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

TEIXEIRA, F. A política de assistência social no Brasil: um estudo sobre a trajetória da assistência social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 145, p. 133-154, jul./set. 2016.