

SAÚDE, EDUCAÇÃO E DIREITO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**HEALTH, EDUCATION, AND LAW IN COMBATING VIOLENCE AGAINST
WOMEN: AN EXPERIENCE REPORT**

Ciências Biológicas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

19/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789767066](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789767066)

Isabella Ferreira Bonifácio¹

Letícia Lemes De Paula Ribeiro Duarte²

Lure Êmilly Barreto da Silva³

Edivando de Lima Sabino⁴

Bruno Araújo Teodoro⁵

Andresa de Cássia Martini Mendes⁶

Flaviane Cristina Rocha Cesar⁷

Juliana Evangelista Bezerril⁸

Ricardo Cambraia Parreira⁹

RESUMO

A violência contra a mulher (VCM) constitui um grave problema de saúde pública e persistente violação dos direitos humanos, marcada pela desinformação generalizada e por barreiras socioculturais que fragilizam a Lei Maria da Penha. O presente artigo descreve um projeto de extensão universitária intersetorial, articulando Saúde, Educação e Direito, com o objetivo de promover ações de educação em saúde para o enfrentamento da VCM em nove escolas municipais de Trindade (GO), envolvendo crianças, adolescentes e estudantes da Educação de Jovens e Adultos (EJA), em territórios de vulnerabilidade social. As ações consistiram em palestras expositivas dialogadas e metodologias ativas, com destaque para dinâmicas de problematização, orientadas pelos referenciais da Saúde Coletiva, especialmente Integralidade do Cuidado, Intersetorialidade e Gênero. A experiência evidenciou lacunas no conhecimento sobre os mecanismos de proteção da Lei Maria da Penha e a persistência de crenças socioculturais que naturalizam violências moral e psicológica. A articulação intersetorial mostrou-se um dispositivo relevante no contexto escolar, ao favorecer o reconhecimento do agravo, a problematização de discursos naturalizados e o fortalecimento da rede de proteção. O relato indica a educação em saúde como estratégia de prevenção primária e letramento de gênero no enfrentamento da violência contra a mulher.

Palavras-chave: Articulação Saúde-Educação; Educação em Saúde; Violência Doméstica.

ABSTRACT

Violence against women (VAW) constitutes a serious public health issue and a persistent violation of human rights, characterized by widespread misinformation and sociocultural barriers that weaken the Maria da Penha Law. This article describes an intersectoral

university outreach project integrating Health, Education, and Law, aimed at promoting health education initiatives to address VAW across nine municipal schools in Trindade, Goiás, involving children, adolescents, and Youth and Adult Education (EJA) students in socially vulnerable areas. The actions consisted of interactive lectures and active learning methodologies, with an emphasis on problem-posing dynamics, guided by Public Health frameworks—specifically Comprehensive Care, Intersectorality, and Gender. The experience revealed knowledge gaps regarding the protective mechanisms of the Maria da Penha Law and the persistence of sociocultural beliefs that naturalize psychological and moral violence. The intersectoral articulation proved to be a relevant strategy in the school setting, fostering the recognition of the issue, the questioning of naturalized discourses, and the strengthening of the protection network. This account underscores health education as a key strategy for primary prevention and gender literacy in tackling violence against women.

Keywords: Health-Education Linkage; Health Education; Domestic Violence.

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) constitui uma grave violação dos direitos humanos e um dos mais persistentes e desafiadores problemas de saúde pública no cenário mundial e brasileiro. No Brasil, a VCM, em suas diversas formas – física, sexual, patrimonial, moral e, principalmente, psicológica –, apresenta elevada prevalência (Fernandes, et al. 2025). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicam que a VCM por parceiro íntimo afeta aproximadamente um quinto das mulheres adultas, sendo o ambiente domiciliar o principal local de ocorrência e o cônjuge ou ex-cônjuge o principal agressor (Azevedo, et al. 2025). Esta violência

não é um evento isolado, mas sim um fenômeno complexo e multifatorial, que se repete em mais da metade dos casos, impactando profundamente a saúde mental e o bem-estar das vítimas (Vasconcelos, et al., 2024).

O enfrentamento a este agravo ganhou um marco legal fundamental com a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340), que estabeleceu um sistema de proteção e assistência às vítimas de violência doméstica (Souza, et al., 2024). Contudo, a efetividade desta legislação é fragilizada pela persistência de uma cultura marcada pela matriz patriarcal na sociedade, que naturaliza as relações desiguais de gênero (Machado, et al. 2021). Essa naturalização opera, sobretudo, por meio da ausência de conhecimento, impedindo que a mulher reconheça os atos violentos contra si ou contra outras, e que o homem agressor se autoidentifique como tal. O desconhecimento sobre os tipos de violência, sobre o ciclo da agressão e, principalmente, sobre os próprios direitos e mecanismos de denúncia, torna-se a principal barreira que mantém as vítimas em relações abusivas, perpetuando o ciclo e agravando os danos provocados pelas diversas formas de violência (de Souza Luquez, et al. 2021).

A necessidade de popularização da informação sobre as formas de violência, como romper o ciclo e, sobretudo, sobre os direitos de proteção e assistência é urgente. Essa urgência, contudo, é agravada e reforçada pelas falhas institucionais na rede de atenção à saúde. Estudos demonstram que o setor saúde, particularmente a Atenção Primária à Saúde (APS), frequentemente falha ao invisibilizar o problema ou ao reduzir o agravo a queixas meramente clínicas, sem abordar o contexto psicossocial e sociocultural do sofrimento (Machado, et al. 2024). Diante dessa abordagem limitada, as

mulheres que buscam auxílio na APS acabam não obtendo orientação adequada sobre seus direitos e mecanismos de saída da violência, resultando em um atendimento restrito ao modelo biomédico. Assim, o processo saúde-doença é fragmentado e descontextualizado, falhando em integrar as nuances sociais, jurídicas e de gênero essenciais ao cuidado integral e, conseqüentemente, deixando de combater a desinformação que mantém as vítimas no ciclo da violência (Vasconcelos, et al. 2024).

Paralelamente, no âmbito do Direito e da Segurança Pública, a situação não é menos crítica. Decisões de diversos tribunais brasileiros expressam resistência à incorporação do paradigma de gênero e incompreensão sobre o conceito de violência baseada no gênero, o que enfraquece a própria aplicação da Lei Maria da Penha (Campos, C. H. D. 2024). Essa falha é agravada pelas lacunas na produção de estatísticas oficiais nos sistemas de informação policial, o que contribui para a invisibilidade de grupos de mulheres e fragiliza o planejamento de políticas públicas (Carvalho, E. F. M. D., Laguardia, J., & Deslandes, S. F., 2025). Essa conjuntura institucional, somada à baixa credibilidade nos órgãos de segurança perante a população, reforça a descrença no sistema e o receio das vítimas em denunciar.

Diante desse cenário de desinformação generalizada e falência da rede, a educação em saúde no contexto escolar emerge como uma estratégia essencial de prevenção e empoderamento (de Souza Luquez, et al., 2021). Essa abordagem é duplamente justificada: primeiro, pela necessidade de popularizar o conhecimento sobre direitos para que a população possa confrontar as falhas do sistema; e segundo, pelo fato de as adolescentes de 12 a 14 anos e mulheres adultas com baixa escolaridade representarem os grupos com as

maiores taxas de notificação, demandando intervenções precoces e específicas sobre esses grupos (Lima, et al., 2025). A articulação intersetorial entre Saúde, Educação e Direito torna-se, portanto, a via crucial para desconstruir o sexismo, confrontar as crenças culturais arraigadas e, assim, buscar a integralidade do cuidado, princípio doutrinário do SUS (de Oliveira, et al., 2025).

Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo descrever a experiência do projeto ‘Vamos Discutir Saúde: Tema Violência Doméstica’, desenvolvido por discentes da UNIFIMES-Trindade (GO), sob orientação docente em nove escolas municipais de Trindade, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação. O relato busca elencar os resultados práticos da intervenção, analisando-os sob a lente dos conceitos da saúde coletiva - Integralidade, Intersetorialidade e Gênero - e, assim, demonstrar a eficácia da educação em saúde intersetorial como um dispositivo fundamental no enfrentamento da VCM.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento do projeto de extensão universitária “Vamos Discutir Saúde: Tema Violência Doméstica” no município de Trindade (GO) no período de abril e outubro de 2025. A execução do projeto foi conduzida por discentes extensionistas de medicina da Unifimes Trindade (GO), sob orientação docente em 9 escolas do município de Trindade (GO), no turno manhã nas turmas de 6º e 8º ano incluindo crianças e adolescentes e no turno da noite nas turmas de educação de jovens e adultos (EJA) incluindo jovens, adultos e idosos.

A experiência aconteceu por meio de uma articulação intersetorial entre a Universidade (discentes e docente do curso de Medicina da UNIFIMES-Trindade), o setor da Educação (Secretaria Municipal de Educação) e o Direito (pela temática legal e de direitos humanos abordada).

O cenário da intervenção, composto por escolas localizadas em áreas de vulnerabilidade, destacou a importância de levar a discussão de saúde pública diretamente ao ambiente escolar da comunidade. A metodologia de intervenção consistiu em palestras expositivas dialogadas com uso de slides de até 60 minutos combinadas com o uso de metodologias ativas de educação, com adequação da linguagem para garantir o entendimento efetivo do público sobre a temática. O material didático, sendo adesivos com o número 180, panfleto e banner com o tema da violência doméstica, foram adaptados à faixa etária e ao nível de alfabetização do público. O processo de intervenção foi estruturado nos seguintes momentos:

Tabela 1. Estrutura dos Momentos da Palestra

Estrutura	Descrição da Ação	Objetivo Estratégico
1. Narrativa Estratégica e Confronto Jurídico	Cada sessão foi iniciada com o relato da história de Maria da Penha, contextualizando os episódios de violência para explicitar o ciclo da violência.	Utilizada para confrontar a ineficácia do sistema judiciário da época, demonstrando que a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340) foi uma resposta do Brasil às falhas estruturais do Estado.
2. Popularização dos Direitos e	O foco se concentrou no entendimento da Lei, em seus mecanismos, divulgação dos direitos das mulheres e	Prover o conhecimento legal e técnico essencial para a identificação precoce

Efeitos na Saúde	diferentes tipos de violência, incluindo a dimensão dos agravos físicos e psicossociais (sinais e sintomas) para que o público pudesse identificar o problema além do aspecto legal.	das agressões e os sinais de risco à saúde que exigem intervenção, além do conhecimento sobre seus direitos.
3. Dinâmica para Evidenciação da Cultura	A etapa final consistiu na aplicação de dinâmicas de grupo ("Verdadeiro ou Falso") com afirmações comuns.	Serviu como um instrumento de diagnóstico social para expor e desnaturalizar crenças culturais e preconceitos que perpetuam a violência.

Fonte: Autoria Própria.

O principal instrumento de análise deste relato foram os registros de campo elaborados pelos discentes extensionistas, os quais capturaram as frases, crenças (tanto de adultos quanto de crianças/adolescentes) e as reflexões que surgiram no diálogo, permitindo uma análise dos resultados à luz dos conceitos da Saúde Coletiva.

Os encontros tiveram uma média de 10 a 20 alunos no grupo EJA e de 30 a 50 alunos no grupo de crianças e adolescentes. Foram 6 encontros com o grupo EJA e 3 encontros com o grupo de crianças e adolescentes, sendo em média de 60 a 120 alunos adultos e 90 a 150 com o público infanto juvenil. Para reforçar a popularização do conhecimento, foram elaborados adesivos e panfletos distribuídos para todos os alunos em cada palestra. Durante a realização expositiva do conteúdo, também foi anexado em cada sala de aula um banner informativo, além dos slides que eram projetados. A divulgação da palestra foi realizada pelos próprios docentes das

escolas municipais, mediante aviso prévio dos discentes extensionistas.

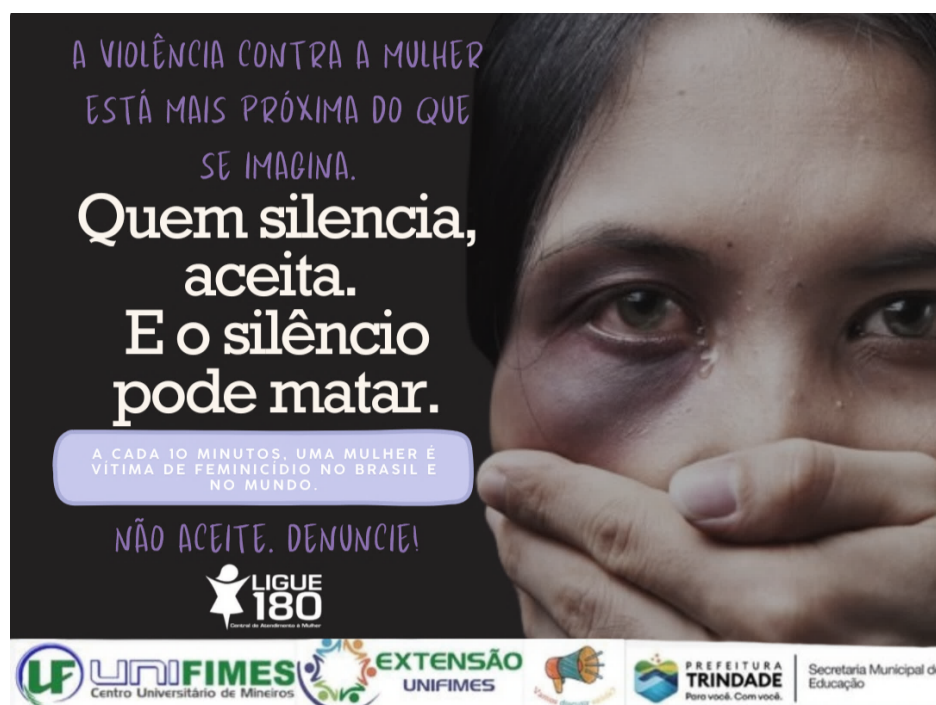


Figura 1. Panfleto elaborado e modificado pelos extensionistas.

Violência Contra a Mulher:

Reconhecer é o Primeiro Passo

Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006)
protege as mulheres contra qualquer tipo
de violência, dentro ou fora de casa.



Tipos de Violência contra a Mulher



Quebre o silêncio e o ciclo do abuso! Denuncie: 180

Figura 2. Banner elaborado e modificado pelos extensionistas.

3. RESULTADOS

O projeto de extensão demonstrou que a intervenção intersetorial, ancorada na educação em saúde, funcionou como um dispositivo para confrontar a desinformação e expor as barreiras socioculturais que se configuram como um dos principais obstáculos à efetividade da Lei Maria da Penha. Os achados práticos, que sustentam a análise crítica, são examinados em relação aos momentos da palestra que evidenciaram as formas de intervenção.

A NARRATIVA ESTRATÉGICA E CONFRONTO JURÍDICO

O primeiro momento da palestra configurou-se como o relato anônimo da história da Maria da Penha, e a maioria dos alunos desconhecia a história que deu origem à Lei (Lei nº 11.340) e que esta foi uma resposta do Brasil às falhas estruturais do Estado. Posteriormente, ao término da narração, a revelação da vítima como Maria da Penha gerou um engajamento imediato do público e revelou profundas lacunas de conhecimento. O resultado prático dessa parte da ação constatou primordialmente uma grande ausência de conhecimento da comunidade em geral sobre os mecanismos que a Lei oferece. O público adulto (EJA), em sua maioria, conhecia a Lei Maria da Penha apenas nominalmente, mas desconhecia o caso que lhe deu origem, enquanto as crianças demonstraram um conhecimento superficial ou nulo sobre o propósito da legislação. Essa falta de informação é o ponto de partida para a descrença na Lei e nos mecanismos de proteção.

O forte engajamento do público, tanto adulto quanto infantojuvenil, durante a narrativa demonstrou o contato direto ou indireto com as formas de violência, particularmente a violência moral e psicológica relatadas em discussões do cotidiano da vida familiar. Entre os adultos, percebeu-se a normalização desse tipo de violência, sendo

justificada por argumentos culturais como: "Homem é grosso mesmo". Essa justificativa evidencia a adesão à masculinidade hegemônica, que naturaliza o comportamento agressivo como um traço inerente ao masculino. Paralelamente, nesse momento da intervenção, algumas crianças deixavam escapar, em terceira pessoa, relatos muito semelhantes à história de vida da Maria da Penha, principalmente no âmbito do ciclo da violência (tensão, explosão, lua de mel). Tais relatos, feitos de forma indireta, sinalizam a transgeracionalidade da violência e a exposição precoce de crianças e adolescentes a modelos comportamentais destrutivos.

A POPULARIZAÇÃO DOS DIREITOS E EFEITOS NA SAÚDE

O segundo momento da intervenção concentrou-se na popularização dos direitos e efeitos na saúde, visando fornecer o conhecimento legal e técnico essencial para que a comunidade pudesse identificar as agressões e conhecer seus direitos de proteção. A palestra abordou os pontos principais da Lei nº 11.340, detalhando sua criação como uma resposta do Brasil aos órgãos internacionais, e as principais mudanças instituídas, como as medidas protetivas de urgência, os juizados especializados e o atendimento multidisciplinar e prioritário. O debate explorou a definição de violência doméstica e os seus cinco tipos (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral), além de aprofundar a compreensão sobre o ciclo da violência (tensão, explosão e lua de mel), utilizando a história de Maria da Penha como recurso ilustrativo para facilitar a identificação.

O ponto central dessa etapa foi a inserção do eixo da saúde e da integralidade do cuidado. Ao discorrer sobre os sinais de violência – como mudanças bruscas de comportamento, isolamento social,

medo excessivo e o adoecimento psíquico – o projeto abriu espaço para o relato espontâneo do público adulto (EJA), que compartilhou ter vivido por anos em situação de violência grave, conseguindo reconhecer o estado de agravo apenas muito tempo após a sua instalação. Algumas mulheres, mesmo relatando a violência sofrida, demonstravam um estado de negação ao não conseguir nomear o agressor como violento. Essa dificuldade em rotular a agressão, mesmo diante da exposição dos direitos, sublinha a força das barreiras culturais e psicossociais que a extensão em saúde precisa confrontar.

Paralelamente, as crianças continuavam a relatar em terceira pessoa situações violentas, muitas vezes questionando o que fazer, dizendo terem visto em televisão ou noticiários, mas revelando um cunho pessoal evidente no relato. Diante desses casos, a orientação se baseava imediatamente nos mecanismos de proteção propostos pela Lei, reforçando o papel da intervenção como um espaço de escuta ativa e conexão com as necessidades da comunidade.

Ao nomear esses sinais como sintomas da violência, o projeto promoveu o reconhecimento do agravo e o cuidado amplo, indicando claramente os caminhos para a saída do ciclo, como a busca por apoio, a denúncia (180, Delegacia da Mulher) e o acolhimento em casas-abrigo. Essa estratégia confrontou a tendência histórica dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de invisibilizar ou medicalizar o problema, validando o sofrimento da vítima como um sintoma que exige o cuidado integral. O momento foi concluído com a frase da Maria da Penha: “A vida começa quando a violência termina”, sintetizando o objetivo de promover a autonomia e o rompimento do ciclo de agressão.

DINÂMICA PARA EVIDENCIAÇÃO DA CULTURA

A etapa final da intervenção, conduzida através da dinâmica de "Verdadeiro ou Falso", funcionou como um crucial instrumento de diagnóstico social, com a finalidade de expor as crenças enraizadas que naturalizam a violência contra a mulher e reforçam a estrutura patriarcal. Esta metodologia, baseada na confrontação de afirmações comuns e explicada na Tabela 2, como “A violência doméstica só ocorre esporadicamente” e “A violência doméstica só acontece em famílias de baixa renda”, revelou que a desinformação legal é substanciada por um forte conjunto de barreiras socioculturais que impedem o rompimento do ciclo de violência. Desta forma, a dinâmica permitiu mapear as dimensões da invisibilidade do agravo na comunidade, confrontando a percepção de que a violência seria um evento isolado ou restrito a uma única classe social.

Os registros de campo do público adulto (EJA) capturaram a prevalência de barreiras culturais que mantêm a violência no âmbito privado e promovem sua naturalização. A alta concordância com frases como a ideia de que “Roupa suja se lava em casa” demonstrou a forte legitimação da privacidade como a primeira barreira cultural ao rompimento do ciclo de violência. Além disso, a concordância com argumentos que transferem a culpa, como a afirmação de que “As mulheres apanham porque gostam ou porque provocam”, evidenciou a dificuldade central em reconhecer a violência como um problema estrutural e de gênero. A Dinâmica também revelou a prevalência da desinformação ao mostrar que a comunidade busca justificar o agressor com causas pontuais, por exemplo: “Os agressores não sabem controlar suas emoções”, contrastando com a

verdade de que “A violência doméstica nem sempre é cometida em situações de alcoolismo, drogas ou doenças mentais”.

Observou-se, ainda, padrões intergeracionais de violência, com mulheres identificando semelhanças entre a conduta violenta do ex-marido e a do genro atual, sugerindo uma reprodução de modelos relacionais abusivos na escolha de parceiros pelas filhas, possivelmente influenciada por vivências familiares patriarcais. Algumas participantes não permaneceram na palestra devido ao revivescimento de traumas recentes, como no caso de uma mulher que relatou perda de visão em um olho decorrente de agressão física, destacando a vulnerabilidade emocional e a necessidade de suporte psicológico. Por outro lado, intervenções positivas foram observadas por parte de funcionárias das escolas, que, ao compartilharem experiências de superação, afirmavam terem se "libertado desse ciclo", atuando como modelos de resiliência e incentivando outras mulheres a buscarem mecanismos de denúncia e saída da violência.

Em contraste, no grupo de crianças e adolescentes, emergiu uma incompreensão sobre a persistência das vítimas no ciclo abusivo, exemplificada por questionamentos como "mas quando ele vai embora ela chora", revelando uma percepção simplória das dinâmicas emocionais e dependências afetivas envolvidas. Além disso, algumas respostas indicaram uma tendência à resolução violenta, com sugestões de retaliação física como meio de enfrentamento, o que evidencia a internalização precoce de padrões agressivos e reforça a importância de intervenções educativas para desconstruir tais concepções e promover estratégias não violentas de resolução de conflitos.

Tabela 2. Matriz de Afirmativas da Dinâmica "Verdadeiro ou Falso"

Afirmativa	Resposta Esperada	Traço Sociocultural Exposto	Explicação
"Casos de violência doméstica ocorrem raramente."	Falsa	Invisibilidade e Subestimação da Prevalência: Conflito com a realidade da violência como um grave problema de saúde pública de alta frequência.	A violência é um agravo massivo, ocorrendo em alta frequência no cenário mundial e brasileiro.
"A violência doméstica só acontece em famílias de baixa renda."	Falsa	Viés de Classe: Confronta a crença que restringe a violência a uma única classe social, ignorando sua natureza estrutural.	A violência doméstica ocorre em lares de todas as classes sociais, raças, etnias e idades
"As mulheres apanham porque gostam ou porque provocam."	Falsa	Culpabilização da Vítima e Desresponsabilização do Agressor: Expõe a tendência cultural de transferir a culpa à vítima, perpetuando o ciclo.	Quem vive a violência gasta a maior parte do seu tempo tentando evitá-la. As mulheres permanecem na relação para preservar a família e os filhos, e não por gostar da violência.
"A violência doméstica acontece em qualquer tipo de família, inclusive	Verdadeira	Universalidade e Desnaturalização da Imagem Familiar Ideal: Reforça o entendimento de	A violência doméstica é universal e transpassa a aparência de normalidade e os

naquelas que são consideradas modelos."		que a violência é um fenômeno social e estrutural, presente em qualquer tipo de contexto familiar.	modelos familiares idealizados.
"Os agressores não sabem controlar suas emoções."	Falsa	Justificativa Individualizada da Violência: Desmistifica a redução da agressão a um problema individual de descontrole emocional, ignorando a dinâmica de poder e gênero.	A violência é exercida para manutenção do poder, se fosse assim, os agressores agrediriam chefes, colegas de trabalho e outros familiares, e não apenas a esposa ou os filhos.
"A violência doméstica nem sempre acontece em situações de alcoolismo, drogas ou doenças mentais."	Verdadeira	Desmistificação de Causas Exclusivas: Confronta a ideia de que a violência é causada apenas por fatores pontuais (drogas, álcool), desviando a atenção da raiz social e patriarcal.	A violência tem sua origem na matriz cultural patriarcal, sendo a toxicodependência e as doenças mentais apenas fatores que podem potencializar o risco, mas não sua causa central.

Fonte: Autoria própria.

Finalmente, o confronto entre a crença de que a violência seria isolada e a realidade de que “A violência doméstica acontece em qualquer tipo de família” reforçou a necessidade da intervenção intersetorial (Saúde-Educação-Direito) do projeto, que se constituiu como a via fundamental para reverter essa desinformação, ao

promover a articulação da rede institucional – o eixo da Integralidade – que, quando desarticulada, falha isoladamente em prover o conhecimento e a credibilidade necessários.

4. DISCUSSÃO

A intervenção de extensão, ao operar na interface entre saúde, educação e direito, validou a premissa da Saúde Coletiva de que a violência contra a mulher não pode ser reduzida a um fenômeno de ordem privada ou estritamente jurídica. Trata-se de um complexo agravo à saúde pública, subsidiado pela desinformação e por profundas barreiras socioculturais. Os achados práticos do projeto (lacunas de conhecimento, normalização da violência e descrença institucional) articulam-se diretamente aos eixos analíticos do conceito de Integralidade do Cuidado propostos por Ayres (2009), sublinhando a urgência de atuar no campo das necessidades, interações e articulações para a promoção de um cuidado que vise o restabelecimento da autonomia.

A análise da experiência, sob a lente hermenêutico-dialética proposta por Ayres (2009), demonstrou que o Relato de Experiência transcende a mera descrição, atuando como um dispositivo de crítica ao modelo de atenção fragmentado e de proposição para um modelo de organização das ações que promova o cuidado efetivo.

O EIXO DAS NECESSIDADES: AMPLIAÇÃO DO HORIZONTE DE ESCUTA

O eixo necessidades de Ayres, foca no reconhecimento da demanda de cuidado para além da queixa clínica imediata. Este princípio foi confrontado diretamente pela inclusão explícita dos sinais de violência (mudanças comportamentais, isolamento, adoecimento

psíquico) na etapa de popularização dos direitos no segundo momento da palestra. Os relatos do público adulto, que reconheceu ter vivido por anos em violência sem conseguir nomeá-la, confirmam a crítica de que os serviços de saúde, historicamente, tendem a invisibilizar o agravo ou a reduzi-lo a queixas isoladas, sem jamais abordar a causa estrutural do sofrimento (Vasconcelos, et al. 2025)

A invisibilidade resultante dessa forma ineficiente de cuidado, frequentemente, termina na medicalização do sofrimento da vítima, sem tocar na dimensão social e de gênero (de Oliveira, et al. 2025). Ao validar o sofrimento emocional e o adoecimento como sintomas diretos da violência, o projeto universitário promoveu o reconhecimento da necessidade de cuidado, cumprindo o objetivo da Integralidade de “ampliar o horizonte de escuta” da saúde para além da visão puramente biomédica (Ayres, J. R. D. C. M., 2009). A manifestação de casos de violência transgeracional nas falas das crianças também reforça a necessidade de um espaço de escuta ativa e de intervenções preventivas que se antecipem ao risco, confirmando que o acolhimento, aliado à informação, é o primeiro passo para o restabelecimento da autonomia e o rompimento do ciclo de agressão (de Souza Luquez, et al. 2025)

O EIXO DAS INTERAÇÕES: PRODUÇÃO DO CUIDADO E DESNATURALIZAÇÃO CULTURAL

O eixo interações, na perspectiva da Integralidade de Ayres 12, enfatiza que a efetividade do cuidado se manifesta na qualidade do encontro entre os sujeitos, um espaço onde o vínculo e a produção de sentido são centrais para o restabelecimento da autonomia. A intervenção de extensão, por meio do diálogo franco e a dinâmica

de “Verdadeiro ou Falso” (Tabela 2), funcionou como esse “encontro”, crucial para expor as barreiras culturais que mantêm a violência. A concordância com frases como “Roupa suja se lava em casa” demonstra a força da legitimação da privacidade como obstáculo à denúncia, sustentada pela masculinidade hegemônica e característica da estrutura de famílias patriarcalista (Ribeiro, E. B., & Macedo, R. G. M., 2025). Nesses contextos, a vivência da violência intrafamiliar é frequentemente aprendida e normalizada desde a infância, favorecendo a transgeracionalidade do agravo.

Nesse ponto, o projeto utilizou a interação como um dispositivo crítico para confrontar e desconstruir essas ideias machistas e sexistas. Ao ressignificar o espaço da violência do âmbito privado para a esfera da saúde pública, o projeto cumpriu a dimensão ético-política do eixo das interações: transformar o agravo em objeto de cuidado coletivo e produção de sentido para o enfrentamento.

O EIXO DAS ARTICULAÇÕES: CONVERGÊNCIA DE HORIZONTES E CREDIBILIDADE INSTITUCIONAL

Um dos achados mais sensíveis da intervenção – a profunda descrença nas instituições de proteção, sendo expressa em frases como “Quando a mulher denuncia, ele sai da delegacia e mata ela” – aponta diretamente para o eixo articulações da integralidade. Essa desconfiança reflete a falha sistêmica apontada pela literatura, que critica a resistência dos tribunais em incorporar o paradigma de gênero⁸ e a consequente obstrução do acesso à justiça. Ademais, a falta de estatísticas oficiais robustas nos sistemas de informação policial contribui para a invisibilidade de grupos vulneráveis de mulheres, alimentando a percepção de ineficácia e impunidade (Carvalho, E. F. M. D., Laguardia, J., & Deslandes, S. F., 2025).

Diante desse cenário de fragilidade da rede, a estratégia do projeto, ancorada na intersectorialidade, demonstrou ser a via fundamental para combater essa descrença. A articulação de múltiplos saberes e setores buscou materializar o eixo das articulações de Ayres 12, que exige a convergência de horizontes entre os diversos discursos sociais e institucionais para compor um novo modelo de organização das ações. Ao demonstrar que a rede de proteção existe e opera de forma conjunta, a intervenção de extensão validou a crença da comunidade nos mecanismos de proteção, promovendo a educação em saúde para prevenção da VCM (Terra, M. F., & Fonseca, R. M. G. S. D., 2025).

5. CONCLUSÃO

O presente artigo descreveu a experiência de extensão universitária que articulou os setores saúde, educação e Direito como um dispositivo fundamental no enfrentamento da violência contra a mulher (VCM). Os resultados demonstraram que, ao promover a popularização dos direitos de forma intersectorial, o projeto confrontou diretamente as principais barreiras que fragilizam a Lei Maria da Penha: a desinformação generalizada e a naturalização cultural da violência.

A análise sob a lente dos eixos da Integralidade do Cuidado de Ayres revelou a importância desta abordagem (Ayres, J. R. D. C. M., 2009). No eixo necessidades, o projeto obteve êxito em ressignificar o sofrimento emocional e o adoecimento da mulher para além do diagnóstico biomédico, validando-os como sintomas diretos de um agravo social que demanda cuidado amplo e contextualizado. Essa ação buscou reverter a tendência dos serviços de saúde de invisibilizar o problema ou reduzi-lo a queixas isoladas. No eixo

interações, a intervenção funcionou como um potente instrumento de diagnóstico social e desnaturalização, ao confrontar discursos machistas e a cultura da privacidade que legitima a agressão.

Por fim, no eixo articulações, o trabalho intersetorial Saúde-Educação-Direito materializou a rede de proteção, fornecendo à comunidade a informação e a credibilidade institucional necessárias para superar a descrença no sistema de justiça. Manifestada em falas sobre a impunidade, essa desconfiança, é um reflexo direto da fragilidade da rede, expressa, expressa pela resistência dos tribunais em incorporar o paradigma de gênero e pelas lacunas nos sistemas de informação policial, gera um ciclo de desconfiança (Carvalho, E. F. M. D., Laguardia, J., & Deslandes, S. F., 2025).

Ao articular múltiplos saberes e setores (do Judiciário à Educação e à Saúde), o projeto concretizou o conceito de Ayres (2009) de "convergência de horizontes" e a formação de um novo modelo de organização das ações. A Educação em Saúde no contexto escolar é, assim, validada como um modelo estratégico para a prevenção, pois sinaliza que a proteção e o cuidado podem ser fornecidos por uma rede articulada e coerente, essencial para a consolidação da Integralidade no enfrentamento à VCM.

A experiência destaca o papel crucial da Educação em Saúde na escola como estratégia de prevenção primária, atuando na raiz do problema e combatendo a desinformação. A continuidade de iniciativas que promovam o letramento de gênero e a desconstrução da masculinidade hegemônica é essencial para a formação de novas gerações com perspectivas mais igualitárias, visando, em última instância, à consolidação da Integralidade e Intersetorialidade na rede de enfrentamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayres, J. R. D. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e sociedade**, **18**, 11-23.

Azevedo, L. S. D., Oliveira, N. N. D., & Oliveira, R. R. D. (2025). Notificações, excesso de risco e distribuição espacial da violência doméstica contra mulheres, Brasil, 2015-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, **34**, e20240277 DOI: 10.1590/S2237-96222025v34e20240277.pt

Campos, C. H. D. (2024). Violência baseada no gênero na lei Maria da Penha: um conceito em disputa. **Revista Direito e Práxis**, **15**(04), e72628. DOI: 10.1590/2179-8966/2024/72628

Carvalho, E. F. M. D., Laguardia, J., & Deslandes, S. F. (2025). O sistema de informação policial e a violência por parceiro íntimo. **Revista Estudos Feministas**, **33**(2), e86595. DOI: 10.1590/1806-9584-2025v33n286595

de Oliveira, R. L., Ceccon, D. L., Oliveira, A. D. S. A., de Souza Gomes, S., de Almeida, S. N. H., & Passos, J. P. (2025). Integralidade do cuidado no contexto da atenção da primária à saúde (aps) sob à luz das propostas de emerson merhy. **ARACÊ**, **7**(7), 39675-39696. DOI: 10.56238/arev7n7-263

de Souza Luquez, T. M., Saboia, V. M., Meireles, A. C. M., Moura, C. F., Ribeiro, C. R. B., & da Silveira, A. L. D. (2021). Ações de promoção da saúde nas escolas brasileiras: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, **10**(1), e57110112112-e57110112112. DOI : 10.37118/ijdr.21026.02.2021

Fernandes, S. C. S., Martins, M. N., Rocha, S. A. F., Estramiana, J. L. Á., Bilbao-Nieva, M. I., Vione, K. C., ... & Maloa, B. F. S. (2025). Gender-based violence against women: a scoping review. **Ciência & Saúde Coletiva**, **30**, e02142025. DOI: 10.1590/1413-81232025305.02142025

Lima, G. C. C., Passos, C. M. D., Pinheiro, A. L. S., Ribeiro, Í. J. S., & Maia, E. G. (2025). Tendência temporal e perfil epidemiológico das notificações de violência contra as mulheres no Brasil: 2014-2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, **34**, e20240475. DOI: 10.1590/S2237-96222025v34e20240475.pt.

Machado, D. F., Castanheira, E. R. L., & Almeida, M. A. S. D. (2021). Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. **Ciência & Saúde Coletiva**, **26**, 5003-5012. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.02472020

Machado, D. F., Castanheira, E. R. L., & Almeida, M. A. S. D. (2024). A violência contra a mulher por parceiro íntimo nos serviços de Atenção Primária: da invisibilidade à medicalização. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, **29**, e240275. DOI: 10.1590/2179-8966/2024/72628

Pereira, P., Medeiros, M., & Oliveira, P. (2025). Influence des modèles comportementaux masculins et des expériences intra-familiales dans la vie des hommes agressifs. **Psicologia USP**, **36**, e230138. DOI: 10.1590/0103-6564e230138

Ribeiro, E. B., & Macedo, R. G. M. (2025). “Larga a mão de frescura! Vai encher a cara!”: masculinidades de homens autores de violência e saúde mental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, **29**, e250081. DOI: 10.1590/interface.250081

Souza, J. P. P. D., Matos, F. R. N., & Prestes, I. P. (2024). Violência Doméstica, Lei Maria da Penha e os Fatores Que Influenciam a Denúncia. **New Trends in Qualitative Research**, **19**. DOI: 10.36367/ntqr.19.2023.e858

Terra, M. F., & Fonseca, R. M. G. S. D. (2025). Educação permanente para o enfrentamento da violência doméstica e de gênero: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, **78**, e20240338. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0338pt

Vasconcelos, N. M. D., Gomes, C. S., Souza, J. B. D., Andrade, F. M. D. D., Bernal, R. T. I., Machado, E. L., ... & Malta, D. C. (2025). Quem são as mulheres adultas expostas à violência no Brasil?. **Revista de Saúde Pública**, **59**, e8. DOI: 10.11606/s1518-8787.2025059005701

¹ Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade, GO, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade, GO, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade, GO, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade, GO, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Secretaria Municipal de Educação de Trindade - SME, Trindade, GO, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Docente do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade, GO, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Docente do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade, GO, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Docente do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade, GO, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Docente do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade, GO, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).