



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**THAYSA PEREIRA MARINHO**

ABORDAGENS AO TEMA DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: o silêncio  
institucional sobre a violência de gênero

Rio de Janeiro

2020

THAYSA PEREIRA MARINHO

ABORDAGENS AO TEMA DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: o silêncio  
institucional sobre a violência de gênero

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Tramontano de Macêdo

Rio de Janeiro

2020

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**THAYSA PEREIRA MARINHO**

**ABORDAGENS AO TEMA DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: o silêncio  
institucional sobre a violência de gênero**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 09 de outubro de 2020.

---

**Prof. Dr. Lucas Tramontano de Macêdo (Orientador)**

**IESC/UFRJ**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Reis Brandão**

**IESC/UFRJ**

---

**Msc. Caroline Maria da Costa Morgado**

**Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita (SEMUS/Mesquita-RJ)**

A todas as mulheres sabidamente incríveis, as que ainda não sabem que o são e, principalmente, as que deixaram de acreditar na potência infinita que é ser mulher.

## AGRADECIMENTOS

A Deus(a), ao Divino, a força maior que acredito cooperar para o bem mesmo quando desacreditamos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Lucas Tramontano, por toda ajuda, parceria, apoio, compreensão e amorosidade principalmente nos momentos que mais precisei, obrigada.

Ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, na pessoa de cada profissional, professor, coordenador e técnicos, que fizeram do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e dos dois anos em que aqui estive, uma experiência única e enriquecedora, obrigada.

As minhas professoras do Curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Lúcia Gomes Rodrigues e Prof.<sup>a</sup> Msc. Maria de Lourdes Ferreirinha, pelo exemplo de profissional, servidora e mulher que me deram, pelo carinho, amizade, afeto e ajuda, para além dos muros da universidade até hoje, obrigada.

Aos amigos de sempre e aos que fiz durante esses dois anos, vocês tornaram a caminhada mais leve e alegre, nas pessoas de Daniele Moledo e Rita Telles, por me ajudarem a seguir em frente quando não conseguia, obrigada.

A todos os profissionais que contribuíram para minha formação até aqui e aos preceptores de estágio de residência, meu muito obrigado.

À minha primeira preceptora, Carla Joelma Villares Maciel, por todos os ensinamentos, parceria, companheirismo, compreensão, amizade e afeto, obrigada.

A todos os profissionais, residentes, estagiários, colaboradores e usuários do Hospital Maternidade Carmela Dutra, obrigada.

A todos os profissionais, residentes, colaboradores e usuários da Rede de Atenção à Saúde do Município de Mesquita, obrigada.

Ao Secretário Municipal de Saúde Dr. Emerson Trindade, pela anuência para esta pesquisa, obrigada.

A Fabiana (ATAV) e Karine (NEPS), a minha preceptora Caroline Morgado pela ajuda e apoio e articulação do campo para que esta pesquisa fosse possível, muito obrigada.

À minha família, em especial a minha mãe Marlene pelo exemplo de mulher que é, por todo amor, à minha cunhada Cintia os meus irmãos Cleber e Leonardo, por todo apoio e amor, obrigada.

A todas as mulheres que lutaram e lutam até hoje por igualdade de gênero, todas as mulheres, usuárias do SUS e doulas que conheci até aqui, a todos os úteros fortes que gestam pessoas e ideias de igualdade, aqui em especial nas pessoas Ana Soler, Ana Cecília de Freitas, Ianê Germano de Andrade Filha e Hiandra Mello, obrigada.

As mulheres ímpares que tive como terapeuta, Renata de Almeida e Mirian Leal, por me mostrarem forte quando desacreditei, obrigada.

*Triste, louca ou má; será qualificada; ela quem recusar; seguir receita tal; a receita cultural; do marido, da família; cuida, cuida da rotina; só mesmo rejeita; bem conhecida receita; quem não sem dores; aceita que tudo; deve mudar.*

**Francisco el Hombre**

## RESUMO

MARINHO, Thaysa Pereira. **Abordagens ao tema de violência na Atenção Básica: o silêncio institucional sobre a violência de gênero.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020.

O presente estudo objetiva realizar uma análise dos documentos produzidos no município de Mesquita, na Baixada Fluminense, que abordem o tema de violência, especialmente a violência de gênero. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo pesquisa documental, em documentos físicos e digitais oficiais. Os materiais apontam para duas abordagens, uma discussão que reproduz a concepção de violência no imaginário social e para uma discussão inicial do tema sob a ótica da violência como instrumento de poder. Conclui-se a necessidade do aprofundamento sobre o caráter institucional e estrutural da violência nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Gênero. Violência. Análise de gênero na saúde.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Miolo do folder educativo "Bullying não é brincadeira", ME1 .....	22
Figura 2 - Definição de violência psicológica, segundo P_AVVI.....	24
Figura 3 - Definição de violência física, segundo P_AVVI.....	24
Figura 4 - Violência sexual, página 9, P_AVVI, 2010 .....	25
Figura 5 - Tipologias e definição de violências física e psicológica, segundo AP_ATAV1 ...	27
Figura 6 - Tipologias e definições de violência, segundo AP_ATAV1.....	28
Figura 7 - Tipologias e definição de violência econômica, segundo AP_ATAV1 .....	30
Figura 8 - Estratégias e compromissos para enfrentamento à violência, segundo P_AVVI....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AP_ATAV1	Apresentação Notificações dos casos de Violência
AP_ATAV2	Apresentação Dia 18 de maio: Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes
AP_ATAV3	Apresentação Capacitação no enfrentamento à Violência
AP_ATAV4	Apresentação sobre Violência e formas de tratamento
AP_ATAV5	Apresentação ATAV – O que é?
AP_ATAV6	Apresentação Setembro Amarelo
AP_ATAV7	Apresentação Roda de conversa com a Educação
ATAV	Área Técnica de Ações Contra a Violência
CAB	Coordenação de Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ME1	Material Educativo 1
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
P_AVVI	Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Intrafamiliar no Município de Mesquita
P_ENF	Protocolo de Enfermagem da Atenção Básica da Região Metropolitana I - RJ - Município de Mesquita
P_ENF_MG	Protocolo de Enfermagem da Atenção Básica da Região Metropolitana I - RJ - Município de Mesquita - Manual de Gaveta
PNAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
3.1 GÊNERO.....	15
3.2 SAÚDE DA MULHER .....	16
3.3 VIOLÊNCIA.....	17
3.4 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE .....	18
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>20</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
5.1 VIOLÊNCIA AÇÃO-EMOÇÃO.....	26
5.2 VIOLÊNCIA COMO INSTRUMENTO DE PODER.....	31
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>44</b>
ANEXO A – DOCUMENTOS COLETADOS E ANALISADOS .....	45
ANEXO B – DOCUMENTOS COLETADOS NÃO ANALISADOS .....	47

## 1 INTRODUÇÃO

O meu primeiro contato com o tema de gênero, violência e saúde se deu através da experiência no primeiro campo de estágio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, iniciado em março de 2018, no núcleo de Vigilância Hospitalar do Hospital Maternidade Carmela Dutra. Durante os seis meses de estágio, pude perceber o quanto a saúde das mulheres era afetada por situações de violência tanto no âmbito intrafamiliar ou interpessoal, quanto em atitudes violentas que a parturiente pode ser submetida antes, durante e após o parto.

Dessa forma, foi despertado meu interesse em me aprofundar no tema, mesmo sem saber ainda ao certo qual recorte daria ao objeto de pesquisa. Durante esse tempo, a disciplina de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e o curso de extensão “Medicalização do corpo: contribuições da problemática de gênero para os processos de saúde e doença”, também ofertado pelo IESC em 2019, ofereceram referenciais de reflexão acerca do tema e possibilidades teóricas de abordagem dele. Depois de explorar várias possibilidades de recorte, decidi pelo de violência obstétrica, sob a perspectiva de violência de gênero.

Durante esse tempo de delimitação do tema e recorte do objeto de pesquisa, concluí meu primeiro ano de residência e já me encontrava no segundo ano, inserida num campo de gestão, na Coordenação de Atenção Básica do Município de Mesquita, no qual permaneci de março de 2019 a fevereiro de 2020. Vivenciei neste campo um tempo oportuno onde pude participar da construção e implementação de linhas de cuidado definidas como prioritárias na Saúde municipal, dentre elas, a de saúde da mulher e pré-natal. Encontrei neste momento uma oportunidade de explorar como o tema da violência obstétrica é abordado no âmbito da atenção básica, visto que esta exerce um papel central de organização e coordenação do cuidado.

A violência obstétrica é um tipo de violência ainda invisibilizada e normalizada pelas instituições de saúde. Segundo um estudo derivado da Pesquisa Nascer no Brasil, que avaliou as boas práticas durante o parto e nascimento recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 65,9% das mulheres entrevistadas não tiveram contato pele a pele com o recém-nascido logo após o parto; 65,5% relataram a não alimentação livre durante o parto; 62,5% não tiveram acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor; 55% não tiveram livre escolha de posição ou de movimento; 51,6% não iniciaram a amamentação no local do

parto; e 9,3% das mulheres não tiveram escolha de acompanhante (BALDISSEROTTO; THEME FILHA; DA GAMA, 2016)

Entendendo o papel central da Atenção Básica, e que este nível de atenção é o responsável pelas ações de cuidado durante o pré-natal, acredito que é de responsabilidade da atenção primária oportunizar e inserir na assistência pré-natal a discussão sobre violência obstétrica, a fim de elucidar as mulheres acerca das práticas não recomendadas durante o pré-parto, parto e pós-parto nas maternidades, através do acesso à informação a respeito dos direitos das mulheres gestantes e parturientes. Para além, é na Atenção Básica onde as usuárias possuem vínculo de cuidado com profissionais de saúde e momentos de acolhimento específicos na fase puerperal, onde podem surgir relatos de violências vivenciadas na maternidade.

Sendo assim, comecei a elaborar quais seriam as melhores formas de estudar o tema proposto diante da realidade do campo no qual estava inserida. Defini, com auxílio do meu orientador, a melhor maneira de alcançar o objeto. Neste contexto, se daria através de uma análise documental que, dentro da perspectiva observada no serviço, possivelmente apontaria para ausência deste tema nas ações, protocolos e manuais que abordassem a prevenção a situações de violência.

A priori, pensamos em abordar unicamente o material produzido da Linha de Cuidado à Saúde da Mulher, porém, após perceber que o cronograma das atividades municipais de elaboração e implementação das linhas de cuidado não se alinhariam ao cronograma deste estudo, decidimos ampliar a análise para os demais documentos produzidos no âmbito da secretaria de saúde que abordassem o tema da violência.

Dessa forma, na fase de coleta do material de análise, percorreu-se caminhos a partir dos documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), nos diversos setores desde a Coordenação de Atenção Básica (CAB) municipal, Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), identificando a Área Técnica de Ações Contra a Violência (ATAV) como ponto central da coleta do material de análise.

Foram identificados alguns desafios nesta etapa de levantamento dos documentos, como a desorganização no arquivamento dos documentos que não necessariamente seguiam uma ordem cronológica de arquivamento, dificuldade de acesso a alguns arquivos por questões relacionadas a conservação dos mesmos e infestação de insetos. Para além, outro dificultador do processo se deu pela situação de pandemia global iniciada em março de 2020, que refletiu no impedimento da continuidade do levantamento dos documentos no campo.

Diante do exposto, o presente estudo se propõe a identificar a abordagem ao tema de violência no processo de cuidado à saúde da mulher na atenção básica, através da realização de análise documental.

Tendo em vista que a violência obstétrica causa repercussões graves à saúde física, mental e psicossocial das mulheres, presente estudo prova-se relevante ao se propor uma análise da abordagem do tema de violência no âmbito da atenção primária a saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar uma análise dos documentos produzidos no município que abordem o tema de violência.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar se o tema de violência obstétrica está sendo abordado no município e, em caso positivo, de quais maneiras;
- Identificar se estão sendo implementadas estratégias para identificar casos de violência;
- Identificar e classificar as medidas de prevenção e tratamento terapêutico dos casos de violência.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 GÊNERO

O gênero é uma construção social a partir do sexo anatômico. O termo tem o intuito de diferenciação entre as dimensões biológica e social. Sendo assim, parte-se do princípio de que a cultura e a sociedade produzem a maneira de ser homem ou mulher e não que este modo de existir seja definido a partir da dimensão anatômica. Dessa forma, social e culturalmente se atribuiu às mulheres o papel da reprodução, da maternidade e do cuidado como sendo dimensões de sua natureza.

Tendo em vista que a ciência é influenciada pelos valores culturais e sociais de quem a produz, as ciências médicas também exerceram o papel de reforçar as assimetrias sexuais e legitimar através das diferenças anatômicas a ideologia de superioridade e hierarquização entre os sexos e o determinismo biológico dos papéis sociais destes.

Rohden (2009), destaca em seu livro como a escolha da representação anatômica do corpo feminino e masculino historicamente privilegiou as assimetrias entre os sexos nas suas representações anatômicas, onde destacava-se para o corpo masculino o diâmetro maior do crânio enquanto para os corpos femininos, o tamanho da pelve. Dentro dessa lógica, a criação de uma ciência específica para a mulher (ginecologia e obstetrícia) veio por consolidar a ideia de que o sexo e a reprodução são mais relevantes à “natureza feminina”.

O reforço dessas diferenças biológicas suscita uma dualidade entre os sexos de forma excludente, colocando nesta assimetria uma relação de poder no campo das relações entre eles. Dessa forma, na construção social do indivíduo, criam-se duas dimensões: a da mente/razão que se contrapõe ao corpo/emoção, exercendo uma relação de dominação da mente sobre o corpo a fim de compreendê-lo e controlá-lo (GIFFIN, 1994).

Sob essa perspectiva, seria possível compreender, no surgimento da ginecologia e obstetrícia, uma expressão desse dualismo a partir da motivação em compreender e controlar o corpo feminino, o que possivelmente justificaria o fato de não se ter um ramo da ciência médica dedicada exclusivamente ao corpo masculino, uma vez que este também é acometido por doenças e distúrbios dos órgãos sexuais.

Dado essa ideologia dualista e hierarquizada entre os sexos é que se dão, nos campos relacionais, as relações de poder que explicam também a violência de gênero que ocorre tanto na esfera pública quanto privada (GIFFIN, 1994).



À medida que a ginecologia e a obstetrícia vão se consolidando e ganhando prestígio como ramos da ciência médica, o parto deixa de ser um fenômeno privado do universo feminino, centrado na mulher, originalmente auxiliado pelas parteiras, para apenas mais um evento da vida feminina a ocorrer num espaço sujeito as relações de poder, conduzidos cada vez mais por médicos em detrimento da atuação das parteiras (JARDIM; MODENA, 2018; ROHDEN, 2009).

Dessa forma, não só o corpo feminino, mas também o parto e o nascer passam a ser medicalizados ocorrendo sob a condução de uma figura de autoridade patriarcal que decidirá o melhor para a mulher, retirando desta sua autonomia e o direito de decisão sobre o próprio corpo (JARDIM; MODENA, 2018).

### 3.2 SAÚDE DA MULHER

As políticas voltadas à saúde da mulher surgem no Brasil nas primeiras décadas do século XX, porém, tendo como base uma visão restrita da mulher ao seu papel reprodutivo e de maternidade. Foi durante a chamada segunda onda do movimento feminista no Brasil, na década de 1980, que a ampliação desse olhar dentro das políticas de saúde da mulher começa a se concretizar. O movimento feminista ganha expressão dentre os movimentos sociais e se une aos movimentos sanitaristas na luta pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004; RAMOS, 2004).

O movimento feminista na década de 1980 operava em várias esferas de atuação tanto civil quanto política, se fazendo presente desde o meio empresarial até gestores em saúde e formuladores de políticas públicas. Tomando fôlego junto a várias organizações e movimentações tanto nacionais quanto internacionais, foi nessa década que, junto ao movimento de reforma sanitária, o movimento ocupa e enxerga na luta pela saúde um espaço de reivindicação dos direitos das mulheres (RAMOS, 2004).

Um dos avanços alcançados nesse período foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerado uma vitória do setor feminista, culminando numa aproximação do movimento com o setor médico da ginecologia e obstetrícia nas universidades públicas, colocando em pauta as questões de gênero na construção das políticas públicas em saúde (RAMOS, 2004).

A construção do PAISM em 1984 configura assim uma conquista do movimento feminista, colocando o Estado como responsável pela área de regulação da fecundidade, delegando essa tarefa ao setor saúde, fortemente ocupado por médicos alinhados à reforma

sanitária. Além disso, configura um rompimento com os conceitos norteadores das políticas em saúde para as mulheres e os critérios de elegibilidade de questões prioritárias no setor (BRASIL, 2004; RAMOS, 2004).

Já em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), inclui em seu texto base, além dos problemas relacionados à saúde materno-infantil, questões como a precariedade da atenção obstétrica, da assistência em anticoncepção e abortamento em condições de risco (BRASIL, 2004).

A PNAISM inclui ainda, para além dos agravos relacionados às infecções sexualmente transmissíveis e às doenças crônico-degenerativas e o câncer ginecológico, um olhar para a saúde mental, gênero, violência doméstica e sexual, como também, aborda as questões de saúde das mulheres a partir de diversos recortes sociais, como mulheres indígenas, homossexuais, moradoras das áreas rurais, mulheres em privação de liberdade e mulheres negras, abrangendo também os diferentes ciclos de vida (BRASIL, 2004).

### 3.3 VIOLÊNCIA

Segundo a OMS, a violência pode ser definida 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.” (KRUG *et al.*, 2002, p. 5).

A violência vem sendo discutida pelo setor saúde também desde a década de 1980, visando tanto construir um entendimento da questão quanto apresentar formas e medidas de enfrentamento e mitigação de seus impactos na sociedade (KRUG *et al.*, 2002; MINAYO, 2006).

Dessa forma, pode-se entender a violência de diversas maneiras, sendo expressa principalmente em três categorias: violência dirigida a si próprio ou auto infligida, violência interpessoal e violência coletiva (KRUG *et al.*, 2002).

Alguns tipos de violências estão direcionados a grupos específicos e podem ser reproduzidas de forma estrutural dentro das instituições. Como as violências contra a mulher, que não se restringem ao campo das violências por parceiro íntimo, mas também estão presentes e reproduzidas por profissionais de saúde.

A violência obstétrica se materializa de diferentes formas, desde violências verbais, físicas, psicológicas e sexuais, como também através da discriminação social, negligência na assistência e uso inadequado de procedimentos e tecnologias (JARDIM; MODENA, 2018).

Em 2014, a OMS publicou uma declaração a respeito, definindo um conjunto de cinco medidas a serem tomadas a fim de evitar e eliminar os abusos sofridos pelas mulheres durante a assistência institucional ao parto. As medidas propostas foram: maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais e envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (OMS, 2014).

Já em 2018, a OMS define novas diretrizes de cuidados intraparto com recomendações destinadas a informar o desenvolvimento de políticas de saúde e protocolos clínicos, preconizando a redução das intervenções desnecessárias e a promoção de uma experiência de parto positiva (WHO), 2018).

Tendo em vista que uma das medidas definidas pela OMS para combate à violência obstétrica é o início, apoio e manutenção de programas delineados com finalidade de aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com intensa abordagem no cuidado humanizado e que a humanização também é preconizada pelo SUS, tendo a integralidade como um de seus princípios norteadores, torna-se evidente a necessidade de organização da rede de forma a assegurar e operacionalizar tais medidas (BRASIL, 1990; OMS, 2014).

Uma das metodologias que podem ser utilizadas como proposta de organização da rede é a de linhas de cuidado em saúde, método que preconiza o cuidado centrado no usuário, tendo, desta forma, um potencial estratégico no enfrentamento à violência obstétrica uma vez que reorganiza os papéis exercidos por profissionais e usuários, cabendo aos profissionais a gestão do cuidado, fortalecendo assim a autonomia do indivíduo no direito à construção compartilhada do seu plano terapêutico (FRANCO; FRANCO, 2004; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

### 3.4 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Uma das ferramentas para enfrentamento à questão da violência e da violência de gênero pode ser encontrada na educação popular em saúde. Como descrito anteriormente, a

violência é um fenômeno de múltiplas causas e que acaba por atravessar também as instituições e igualmente o setor saúde.

Uma das controvérsias da saúde pública no Brasil encontra-se no fato de que, apesar de, em teoria, a saúde ser um direito, exigindo políticas que assegurem o bem estar coletivo, as respostas que são dadas sempre tendem a se restringir às escolhas pessoais e particulares como solução ao problema ou redução dos danos apresentados, o que exclui a influência dos determinantes sociais no processo de saúde-doença, com a transferência para os indivíduos da responsabilização acerca de questões determinadas pelas relações estruturantes da sociedade (BRASIL, 2007).

Dessa forma, a Educação Popular em Saúde apresenta-se como uma estratégia facilitadora da luta política pela saúde, podendo ser utilizada como uma ferramenta para obtenção de direitos pelas classes oprimidas (BRASIL, 2007).

Para além, as escolhas de se abordar determinado tema na área da saúde, mesmo que com enfoque em educação em saúde, também se configuram escolhas políticas, influenciadas por escolhas no campo individual dos que as fazem, ora pelo entendimento da necessidade ou não de abordar certo tema, ora pelo entendimento de quais enfrentamentos políticos e mobilizações são realmente capazes de serem realizadas em dado momento (GOMES; MERHY, 2011).

Por outro lado, a maneira como certa mensagem é passada exerce forte influência no impacto provocado em quem a recebe. Desse modo, a linguagem utilizada e a forma como se comunica com o interlocutor necessitam ser adequadas ao público-alvo.

Segundo Victor Valla, em seu artigo sobre a crise da interpretação, ao pensar no diálogo com as classes populares, os profissionais esbarram na problemática do entendimento da linguagem e dos saberes populares, mencionando que “Se a referência para o saber é o profissional, tal postura dificulta a chegada ao saber do outro” (VALLA, 2017, p. 179), e que, ao oferecer o saber profissional ao outro, este saber é colocado em um local de superioridade em relação aos do outro, que são tomados como insuficientes.

Vale refletir que algo parecido pode ocorrer na comunicação da educação continuada prestada aos profissionais por seus pares. Já que são saberes profissionais em diálogo, a postura da resistência ao saber do outro também pode existir. Entender outras formas de saber e modos de fazer saúde não se restringe só quando se defrontam os saberes populares com os dos profissionais. Há de se romper também no âmbito da educação continuada esse estigma de que o saber de quem “ensina” é superior ao de quem “aprende”.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo pesquisa documental, em documentos físicos e digitais oficiais, obtidos perante anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita-RJ.

Primeiramente, a coleta do material de análise se iniciou por documentos em versão digital, disponíveis na Coordenação de Atenção Básica. Após, foi realizada uma busca de documentos físicos produzidos em outros setores. Iniciei uma investigação partindo do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, levantando documentos que revelassem atividades voltadas ao tema de violência, a fim de identificar setores chaves para investigação.

A Área Técnica de Ações Contra a Violência (ATAV), lotada no Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município, foi identificada como ponto central da coleta de material de análise, por ser responsável pela maioria das ações que abordavam o tema de violência.

Com relação a catalogação dos documentos impressos, estes se encontravam dispersos nos setores, não sendo arquivados em ordem cronológica, já os materiais em formato digital também estavam armazenados em computadores de setores diversos e não armazenados de forma cronológica. Ademais, é comum a perda de matérias durante os períodos de mudanças de gestão municipal.

Foram coletados para análise, 21 documentos, 11 em formato digital e 10 em formato impresso. A princípio foram selecionados todos os documentos que mencionassem o tema de violência ou ações do município voltadas para a temática a fim de localizar setores chaves para a coleta de dados.

Os documentos incluíam comunicações internas sobre eventos de educação continuada, listas de presença e apresentações em slide desses eventos, além de materiais educativos impressos e protocolos, todos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Não houve repetições nos materiais coletados.

Com relação aos autores, estes não se repetiam, a exceção dos slides e material educativo que eram de autoria da ATAV. O público-alvo dos documentos era majoritariamente os profissionais da Rede de Atenção em Saúde municipal, sendo apenas um destinado aos profissionais de educação e um material educativo para escolares.

Dos 21 documentos coletados, 14 foram selecionados para análise e 7 foram excluídos devido à ausência de conteúdo a ser analisado, conforme quadro síntese de documentos em anexo (Anexos A e B).

Análise dos dados, que se apoiou na técnica da análise de conteúdo, identificou-se 2 abordagens principais de tratamento da violência no município, que foram tratadas como 2 categorias, violência popular e violência erudita. Na próxima sessão, Resultados e Discussão, serão apresentadas e problematizadas as categorias analíticas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

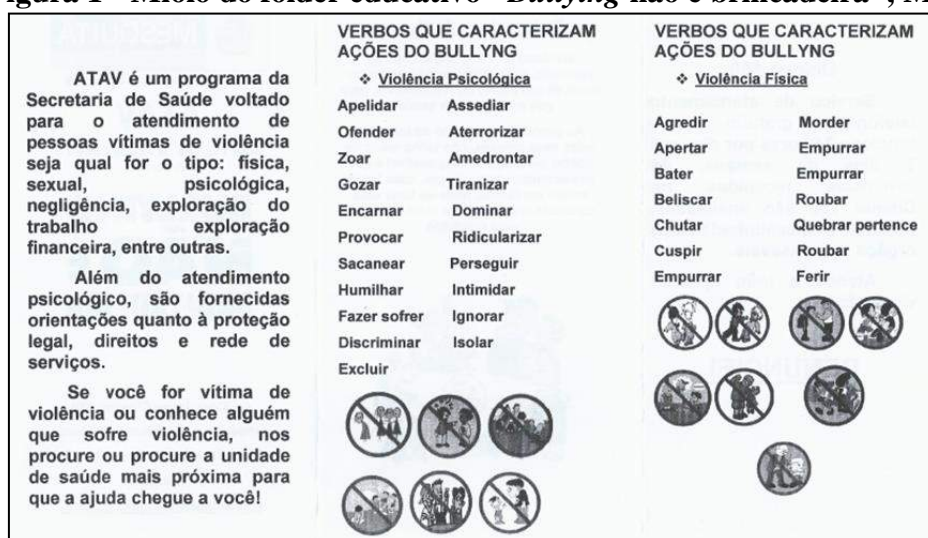
No levantamento bibliográfico realizado no início da pesquisa, foi identificado o livro *Violência e Saúde*, cuja autora define duas óticas de abordagem ao tema: violência na visão popular e violência erudita. Observou-se que os documentos analisados também apresentavam ambas as óticas de discussão do tema, ainda que, em sua maioria, abordassem a violência sob uma perspectiva popular. Dessa forma, para a categorização e análise dos documentos, seguiu-se o raciocínio analítico apresentado pela autora (MINAYO, 2006).

Essas duas óticas de abordagem, majoritariamente colocadas nos documentos, foram definidas como as principais categorias analíticas apresentadas. Na pesquisa, um dos documentos se destacou, orientando também a definição das categorias de análise.

O folder elaborado pela ATAV obteve destaque pela adequação da linguagem ao público-alvo. A adequação da linguagem é uma importante estratégia de enfrentamento da questão, uma vez que seu entendimento pelo público-alvo é de suma importância. A linguagem escolhida deve ser capaz de capturar a atenção e, para além, provocar a quem se destina para a reflexão e adoção de posturas necessárias ao seu enfrentamento.

O ME1 é um material educativo produzido pela área técnica a fim de informar o público infanto juvenil sobre *bullying*. O material apresenta a área técnica a fim de prevenir e estimular que as vítimas peçam ajuda ou sejam ajudadas através da intervenção de terceiros. O documento usa da estratégia de caracterização de duas tipologias de violência através de verbos, definindo ações que caracterizam a violência psicológica e física (Figura 1).

**Figura 1 - Miolo do folder educativo "*Bullying não é brincadeira*", ME1**



Fonte: *Bullying não é brincadeira*, ATAV, [s.d.].

A partir da estratégia apresentada no ME1, utilizando da expressão de ações para caracterização da violência, emergiu a categoria intitulada, violência ação x emoção, uma vez que a maioria dos documentos produzidos pelo município se adequam nesta classificação.

A definição de violência como uma ação que pode ser provocada também por uma emoção, apesar de imperar nos documentos levantados, não é necessariamente uma definição que produza o entendimento em sua totalidade de atitudes violentas, já que a omissão e o silêncio relacionados a uma questão também podem ser geradores ou perpetuadores de violências a determinados grupos de pessoas, como percebido no caso da violência obstétrica, objeto inicial dessa pesquisa, no município.

Outro documento norteador para a categorização foi o Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Intrafamiliar no Município de Mesquita (P\_AVVI). O P\_AVVI é um documento elaborado pela ATAV no ano de 2010, não sendo mais utilizado na prática municipal, porém foi incluído na análise por ser a primeira proposta documentada de uma abordagem do tema pela ATAV, com propostas de enfrentamento da temática. Assim como o livro escrito por Minayo (2006), o protocolo também se propõe a estabelecer diferentes tipologias de violência, prática que também se repete na grande maioria dos documentos produzidos no município.

A proposta de definição de tipologias colocada por Minayo (2006) e a categoria de violência ação/emoção, se mostram convergentes quando se fala da violência na visão popular, que estipulam ações facilmente identificáveis como posturas rejeitáveis, violentas e delinqüenciais. Dessa forma, ao expressar a violência pelas ações, há uma proximidade maior da abordagem popular do que da visão erudita de violência, que também discute as “não ações”, os silêncios sociais, a não abordagem, a negação de direitos, entre outras ausências propositalis ou escolhidas como formas institucionais e sociais de manutenção de poder.

Com relação à violência psicológica, o P\_AVVI diz que “É toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa”. Traz ainda exemplificações dessa tipologia, conforme apresentado na figura 2. Já o ME1 define esse tipo de violência como “apelidar, ofender, zoar, gozar, encarnar, provocar, sacanear, humilhar, fazer sofrer, discriminar, excluir, assediar, aterrorizar, amedrontar, tiranizar, dominar, ridicularizar, perseguir, intimidar, ignorar, isolar” (Figura 1). Há em comum os termos humilhar, isolar, ridicularizar e ofender e insultar, que podem ser considerados sinônimos.



**Figura 2 - Definição de violência psicológica, segundo P\_AVVI**

Violência Psicológica
É toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui:
insultos constantes
humilhação
desvalorização
chantagem
isolamento de amigos e familiares
ridicularização
rechaço
manipulação afetiva
exploração
negligência (atos de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros)
ameaças
privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, etc.)
confinamento doméstico
críticas pelo desempenho sexual
omissão de carinho
negar atenção e supervisão

Fonte: Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Intrafamiliar no Município de Mesquita, 2010, p. 10.

O P\_AVVI define que a violência física “Ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano, não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas”. (Figura 3) Já o ME1 caracteriza essa violência como “agredir, apertar, bater, beliscar, chutar, cuspir, empurrar, morder, roubar, quebrar pertence, ferir”. Muito semelhante à abordagem realizada pelo ME1, este protocolo também utiliza de verbos para exemplificar a violência, trazendo os mesmos termos como chutar, empurrar, morder.

**Figura 3 - Definição de violência física, segundo P\_AVVI**

Violência Física
Ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física. Esta violência pode ser manifestada de várias formas:
tapas
empurrões
socos
mordidas
chutes
queimaduras
cortes
estrangulamento
lesões por armas ou objetos
obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outros substâncias, inclusive alimentos.
tirar de casa à força
amarrar
arrastar

Fonte: Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Intrafamiliar no Município de Mesquita, 2010, p. 8.

Já ao definir violência sexual, diz que:

é toda a ação a qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação. (MESQUITA, 2010, p. 8).

Também é incluída nesta tipologia o “estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual” (Figura 4).

O documento traz, ainda nessa tipologia de violência, algumas exemplificações, conforme exposto na figura 4, que esclarece os tipos de situações que caracterizam violência sexual.

**Figura 4 - Violência sexual, página 9, P\_AVVI, 2010**

**Violência Sexual**  
 É toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação. A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual.  
 Inclui, entre outras:  
 carícias não desejadas  
 penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada  
 exposição obrigatória à material pornográfico  
 exibicionismo e masturbação forçados  
 uso de linguagem erotizada, em situação inadequada  
 impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro(a) em utilizar preservativo  
 ser forçado(a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal  
 Segundo a Conferência Regional Latino-Americana e Caribenha (ONU, 1994), o abuso sexual intrafamiliar é aquele realizado por membros da família nuclear (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos) ou por membros da família extensiva (avós, tios(as), primos(as), ou outros).

Fonte: Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Intrafamiliar no Município de Mesquita, 2010, p. 8.

O ME1 não aborda violência sexual. Talvez por se tratar de um material exclusivamente voltado ao enfrentamento do *bullying*, essa questão tenha sido deixada de fora do material. Porém, há de se considerar que esta temática talvez não seja de fácil aceitação dentro do contexto escolar, dadas as possíveis peculiaridades da realidade local.

A violência sexual apresenta uma característica interessante no seu enquadramento dentro das categorias propostas. Apesar de ser uma violência relacionada à questão da violência de gênero, e como uma violência ligada à relação de poder interpessoal, ela também pode ser entendida claramente através de ações indesejáveis que são impostas a outra pessoa. Apesar de algumas formas de abuso sexual não serem facilmente entendidas no imaginário social como violência sexual, é de certa forma fácil de definir como uma violência conhecida popularmente.

Como esperado, o P\_AVVI, traz definições mais ampliadas dessas violências. Esse documento apresenta uma organização interessante dos capítulos: apresenta a temática ampliada da violência intrafamiliar, reserva capítulos para definição dos grupos que considera vulneráveis, como mulheres, crianças e adolescentes, idosos e portadores de deficiência, aborda as perdas sociais e em saúde relacionadas à violência, reserva um capítulo para definição das tipologias de violência, apresenta fatores de risco para a violência intrafamiliar, aborda a violência focada em cada grupo vulnerável, estabelece estratégias e compromissos para prevenção da violência e aborda a construção de redes de apoio. Após abordar o tema das diversas formas apresentadas, por fim, reforça a importância da notificação compulsória<sup>1</sup>.

### 5.1 VIOLÊNCIA AÇÃO-EMOÇÃO

Foi possível notar que a maioria dos documentos apresentava a discussão de violência a partir da sua percepção popular que, segundo Minayo (2006), é a violência dominante no inconsciente coletivo, ligada às situações de violência criminal e delinquencial, aqui mencionadas como expressões de violência no imaginário social.

Dessa forma, as apresentações realizadas pela ATAV demonstram um movimento inicial de alinhamento do discurso municipal no sentido de estabelecer uma discussão ao tema da violência majoritariamente através da ótica de violência ação-emoção/imaginário social (Figuras 5 a 7).

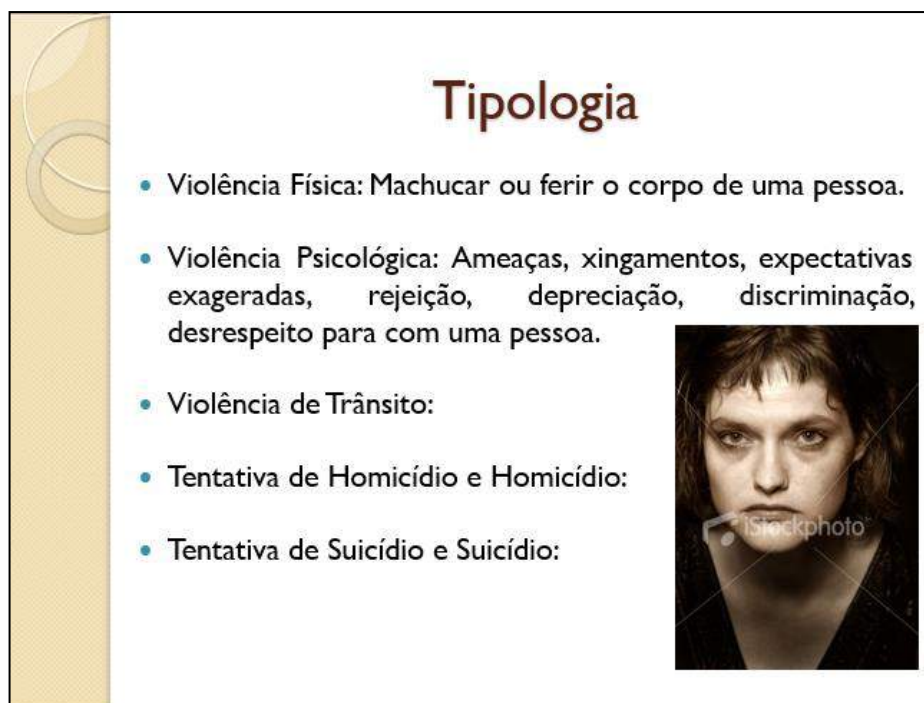
Essas tipologias de violência são convergentes ao longo dos anos e transversais aos documentos produzidos tanto pela ATAV como por autores externos à área técnica. Por exemplo, a definição de violência física, descrita como “Ato de agressão física que se traduz em marcas visíveis ou não”, que aparece na AP\_ATAV7, também está de acordo com a exposta no P\_AVVI (Figura 2), sendo semelhante à definição apresentada no protocolo de enfermagem municipal (P\_ENF), que define essa violência como “ações que se referem ao uso da força física para que a pessoa [...] faça o que não deseja fazer e podem provocar-lhe ferimento, dor, incapacidade e/ou morte [...]” ao se referir a essa violência com foco na saúde do idoso, definição semelhante também à exemplificada no ME1.

---

<sup>1</sup> O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar como é pautada a discussão de violência no município, dessa forma, a análise da discussão sobre notificação compulsória foge aos objetivos do trabalho.

Na tipologia de violência psicológica, ocorre leve diferenciação. No P\_ENF, é definida de forma semelhante à AP\_ATAV1 (Figura 5), como “ação ou omissão relacionada a agressões verbais ou com gestos que causam danos a autoestima, a identidade ou desenvolvimento da pessoa”. Já na definição exposta na AP\_ATAV7, há um avanço na abordagem da temática, ao citar o poder presente no campo relacional que favorece a violência, afirmando que a violência psicológica é uma “Relação de poder com abuso da autoridade ou da ascendência sobre o outro, de forma inadequada e com excesso ou descaso. Coerção.”

**Figura 5 - Tipologias e definição de violências física e psicológica, segundo AP\_ATAV1**



Fonte: Apresentação “Notificações dos casos de Violência”, slide 6, 2016.

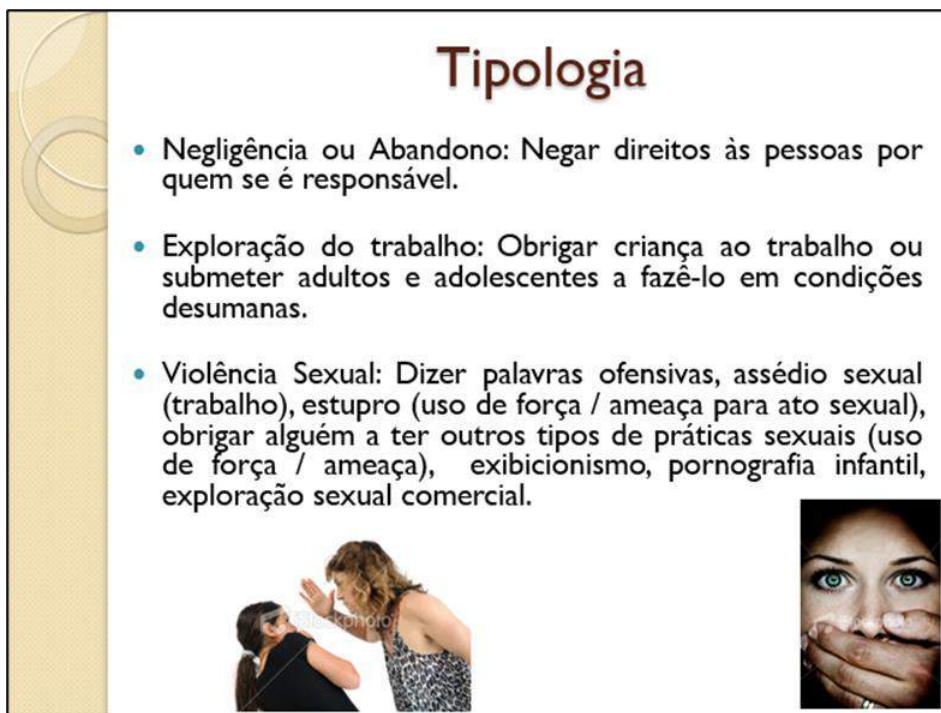
As tentativas de suicídio ganham destaque na AP\_ATAV4, que apresenta o termo de violência autodirigida subdividindo em “comportamento suicida (tentativa de suicídio) e auto abuso (inclui atos como auto mutilação)”, sendo aprofundada na AP\_ATAV6, totalmente voltada à prevenção do suicídio, definido como “gesto de autodestruição, realização do desejo de morrer ou de dar fim à própria vida”.

A violência autoprovocada não foge da ótica de entendimento de violência como resultado de relações desiguais de poder interpessoal, além disso, precisa ser pensada a relação dessa expressão de violência associada a outros agravos em saúde e até mesmo como consequência psicológica provocada em decorrência de outras violências sofridas. É relevante

que seja uma questão investigada não somente pelos profissionais de saúde quando em condução de casos deste tipo de violência, quanto também pela pesquisa acadêmica.

A negligência e o abandono também são abordados em outros documentos municipais, porém de formas diferentes da apresentada na AP\_ATAV1 (Figura 6).

**Figura 6 - Tipologias e definições de violência, segundo AP\_ATAV1**



**Tipologia**

- Negligência ou Abandono: Negar direitos às pessoas por quem se é responsável.
- Exploração do trabalho: Obrigar criança ao trabalho ou submeter adultos e adolescentes a fazê-lo em condições desumanas.
- Violência Sexual: Dizer palavras ofensivas, assédio sexual (trabalho), estupro (uso de força / ameaça para ato sexual), obrigar alguém a ter outros tipos de práticas sexuais (uso de força / ameaça), exibicionismo, pornografia infantil, exploração sexual comercial.

Fonte: Apresentação “Notificações dos casos de Violência”, slide 7, AP\_ATAV1

A AP\_ATAV7, com enfoque em prevenção de violência contra crianças e adolescentes define essa violência de forma mais prática, dizendo ser o “Abandono, descuido, desamparo, desresponsabilização e descompromisso do cuidado”, destacando que o “Ato que não está necessariamente relacionado às dificuldades socioeconômicas dos responsáveis pela criança ou pelo adolescente”. Aqui cabe uma discussão importante, também levantada por Minayo, que coloca em pauta as famílias sem condições econômicas e em situação de pobreza extrema, apontando para a dificuldade em se diferenciar o abuso da falta de condições financeiras para prover essas necessidades. Minayo ainda destaca que negligências também são praticadas em núcleos familiares de classe média e alta, onde a falta de afeto, diálogo e atenção também impactam na saúde infanto-juvenil (MINAYO, 2006).

Já o P\_ENF, na sua abordagem da saúde do idoso, traz essa violência como “a falta de atenção, à recusa ou omissão de cuidados para atender as necessidades da pessoa idosa”, sendo percebida pela não responsabilização do cuidado à “pessoa que necessite de proteção,

sejam por parte de órgãos do governo ou de familiares, vizinhos amigos e cuidador”. Aqui se nota uma menção à questão da violência institucional, ao apontar que os órgãos do governo também são agressores potenciais, pontuando uma leve abordagem estrutural da violência.

O P\_ENF também aborda a auto negligência, definindo como “condutas pessoais que ameacem a saúde ou segurança da própria pessoa”, expressa pela recusa em se adotar o autocuidado, através da negação de práticas de higiene básica, por exemplo. É importante destacar que a autonegligência não deve ser utilizada pelos profissionais de saúde como ferramenta de reprodução de violência ao se negligenciar o cuidado a usuários que apresentam este comportamento. Ao contrário, a percepção deste agravo deve ser utilizada de forma a potencializar o cuidado, ampliando o olhar para outras formas de abordagem ao usuário, como forma de entendimento de outros agravos e questões em saúde que talvez não tenham sido exploradas. Essa percepção pode qualificar o projeto terapêutico singular ao adotar outras formas de abordagens e outras categorias de profissionais de saúde na definição conjunta de um plano terapêutico mais adequado à realidade do usuário.

Com relação à violência sexual, a definição da Figura 6 é ampliada no documento AP\_ATAV7, ao abordar mais profundamente o abuso de crianças e adolescentes, definido como a “utilização de crianças e adolescentes para fins sexuais, mediada ou não por força ou vantagem financeira”, que se mostra semelhante a apresentada na AP\_ATAV2: “utilização de crianças e adolescentes com fins comerciais e de lucro”, esclarecendo ainda que “Acontece quando meninos e meninas são induzidos a manter relações sexuais com adultos e adolescentes mais velhos, quando usadas para a produção de material pornográfico ou levadas para outras cidades, estados ou países com fins sexuais.”

Uma abordagem mais profunda da questão é encontrada no P\_ENF, na definição de que este tipo de violência:

é impetrada por pessoa com relação de poder[...]caracterizada como ato ou jogo de relações de caráter hetero ou homorrelacional, sem a permissão da pessoa, que visa obter excitação ou satisfação sexual do agressor/agressora”, explicitando ainda as formas em que esta violência se materializa, através de “carícias não desejadas, penetração oral, anal ou vaginal, com pênis ou outros objetos de forma forçada, além de se utilizar de linguagem erotizada, ou mesmo ser forçado a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas e impedimento do uso de preservativos.

Outro tipo de violência abordada na AP\_ATAV1 é a exploração financeira e econômica, conforme apresentado na Figura 7. Este tipo de abuso também é abordado no P\_ENF, que amplia e exemplifica as definições deste tipo de abuso, na abordagem da saúde do idoso, o caracterizando como “exploração indevida ou ilegal dos idosos ou ao uso não

consentido de seus recursos financeiros ou patrimoniais”, citando ainda exemplos como “apropriação dos rendimentos, pensão e propriedades sem autorização da pessoa”, alertando que este tipo de violência também:

Inclui roubo, destruição de bens pessoais ou de bens da sociedade conjugal, recusa na participação nos gastos básicos para a sobrevivência do núcleo familiar, uso dos recursos econômicos da pessoa idosa, tutelada ou incapaz destituindo-a de gerir seus recursos e deixando-os sem provimento e cuidado.

A violência física, econômica, moral e simbólica é majoritariamente o ponto central da discussão no município, que ensaia alguns aprofundamentos a uma discussão da violência erudita, ao mencionar as violências cometidas por autoridades (Figura 7), negligência de instituições de cuidado e ao definir que as violências se dão em relações desiguais onde um exerce poder e dominação pelo outro, semelhante ao que ocorre ao se definir violência psicológica.

**Figura 7 - Tipologias e definição de violência econômica, segundo AP\_ATAV1**

## Tipologia

- Exploração financeira/econômica: Usurpar bens ou dinheiro.
- Tráfico de seres humanos: transporte ( uso de força, ameaça ou engano).
- Intervenção legal: Ação violenta por meio de autoridades de segurança.




Fonte: Apresentação “Notificações dos casos de Violência”, slide 8, AP\_ATAV1.

Porém, nota-se ainda que, ao longo dos anos, pouco se caminha na discussão além dessas definições de tipologia que se ampliam com o tempo, passando a abordar mais

profundamente temas como violência autoprovocada, como forma de instrumentalizar os profissionais de saúde.

É possível notar pela estruturação dos documentos apresentados que pouco se investe na discussão de prevenção da violência e possíveis estratégias a serem adotadas. Há um permanente enfoque na reação à violência e em reparar os danos provenientes dela, um maciço esforço na instrumentalização dos profissionais de saúde para a identificação e notificação de violências, porém a prevenção e estratégias de enfrentamento à questão não são abordadas.

Vale ressaltar que, em 1978, na conferência de Alma-Ata, já se estabelecia que a atenção primária em saúde “Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle” (WHO, 1978, p. 2); dessa forma, se faz necessário ampliar a discussão de violência para além da reparação de danos e da notificação compulsória dos casos.

Aparentemente, é como se o caminho da discussão proposta na construção e estruturação do protocolo não conseguisse seguir seu curso natural, de identificação de fatores de risco e grupos vulneráveis, por exemplo, tomando-se atalhos no discurso, que ora se alinha num discurso com relação ao que é violência, ora, num movimento contrário ao proposto pelo P\_AVVI, investe na importância da notificação compulsória como estratégia de enfrentamento à violência.

## 5.2 VIOLÊNCIA COMO INSTRUMENTO DE PODER

Outra ótica de discussão deste tema, segundo Minayo, é a da violência erudita, que se expressa de várias formas através das relações de poder. Michel Foucault explica que o poder não é de posse de nenhum indivíduo ou instituição propriamente, porém que todos detêm uma certa porção do poder e são subjugados a ele. O poder é expresso e praticado na malha da sociedade sendo propagado por cada indivíduo. Mesmo que este não o possua, o deflagra podendo ainda assim ser vitimado por ele (FOUCAULT, 2014; MINAYO, 2006).

Algumas apresentações elaboradas pela ATAV citam esta expressão de violência. A AP\_ATAV1 aborda este tema ao definir que a violência “Geralmente é praticada por alguém que tem poder e considera o outro inferior”, e que “uma vez exaurida a capacidade de reação com a supressão total da autoestima, conduz o ofensor ao pilar da dominação”. Já na AP\_ATAV2, as relações de poder são apresentadas ao se definir que “A utilização de criança ou adolescente em uma relação de poder desigual, geralmente por pessoas muito próximas,



podendo ou não ser da família, e que se aproveitam dessa relação de poder e de confiança sobre o menino ou a menina para satisfazer seus desejos sexuais”.

A AP\_ATAV4 também aborda a violência coletiva sob essa ótica, através da violência do Estado, expondo que:

A violência do Estado também envolve as formas de violência de natureza estrutural, como a pobreza, através do dismantelamento do bem-estar, a criação de políticas rígidas como ‘bem-estar para o trabalho’, para causar ainda mais estímulo e desvantagem”, além de afirmar que “A pobreza como forma de violência pode envolver políticas opressivas que visam especificamente grupos minoritários ou de baixo nível socioeconômico.

Para além, este documento ainda menciona que:

A ‘guerra contra as drogas’, por exemplo, em vez de aumentar a saúde e o bem-estar das populações em risco, resulta na maioria das vezes em violência contra esses grupos demográficos vulneráveis através do encarceramento, da estigmatização e da brutalidade policial.

Esta discussão de violência como instrumento de poder também é mencionada no P\_ENF. Na seção dedicada à saúde do homem, isto é posto ao dizer que “A violência, desde que percebida como uma forma social de poder advém da estratégia de empoderamento masculino”, porém, coloca que esta prática também incorre “[...] com ônus para os homens autores de violência, que se vulnerabilizam na adoção de práticas que decorrem em graves danos à saúde física, psíquica e social para si próprios e para os outros”.

Outras abordagens no mesmo sentido são feitas na seção destinada à saúde do idoso, onde se definem violência estrutural como “[...] desigualdades sociais e é naturalizada nas expressões da pobreza, miséria ou discriminação” e violência institucional, como “relacionada à aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais pelas instituições de assistência”.

É curioso notar que, apesar disso, o P\_ENF\_MG, construído como um guia rápido para os profissionais de enfermagem, não faz menção ao tema de violência, apesar de, em sua versão completa, haver essa abordagem.

Visto que toda forma de dizer algo também é uma forma de silenciar outra, mesmo que não de maneira consciente, ao não abordar o tema no P\_ENF\_MG, a violência é colocada à parte, como um agravo que não fosse necessário ou percebido na prática, mesmo tendo sido abordado como relevante e incluído no P\_ENF como necessário de atenção por parte dos profissionais enfermeiros.

Ressalta-se a necessidade de inclusão do tema de violência no P\_ENF\_MG, que poderia conter um quadro resumo para a temática, incluir as formas de identificação de situações de violência, os fluxos definidos no protocolo bem como as possíveis intervenções a serem realizadas nestes casos. Essa medida incluiria o tema na prática e qualificaria o olhar dos profissionais para este agravo.

Seguindo a análise do tema pela sua ausência, outros documentos ajudam no entendimento da questão. A exemplo, temos o documento introdutório das Linhas de Cuidado, que não cita violência diretamente, apenas pontua o público a que se destina o documento, define os objetivos bem como a metodologia utilizada para a realização. Nota-se que, apesar do tema de violência possuir uma área técnica responsável dentro da SEMUS, e esta área ter sido convocada para a confecção das linhas de cuidado, bem como as demais, o tema de violência não é percebido como prioritário nesta iniciativa proposta.

A metodologia utilizada, chamada de matriz de priorização de processos, é pautada no tripé urgência, gravidade e tendência. O tema de violência, ou pelo menos até onde se pode inferir, não foi percebido no âmbito municipal como grave ou urgente, muito menos como uma tendência de agravo da população, mesmo havendo uma área técnica específica no município que atende a uma demanda ambulatorial de casos de violência sofridos por munícipes.

Isso se deve, também, ao fato de que uma das bases para definição do que seriam temas prioritários foram os indicadores do Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (SISPACTO) de 2017, que não inclui violência como um dos agravos a serem analisados. Sendo assim, talvez este seja um problema estruturante do setor saúde no âmbito da atenção básica, que não inclui a violência como indicador de saúde ou como uma categoria para avaliação em saúde na atenção básica, apesar de “violência e saúde” ser um tema tradicional da pesquisa em saúde, inclusive, merecendo um grupo de trabalho específico na estrutura da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Seria estratégica a inclusão deste debate neste nível de atenção, uma vez que na Atenção Básica é possível o estabelecimento de vínculos dos usuários com os profissionais de saúde, o que possibilita uma relação de confiança que, aliado à característica do cuidado integral e do acompanhamento longitudinal, se mostram facilitadores na identificação deste agravo e nas possíveis intervenções.

Ademais, sendo este nível de atenção tido como organizador do cuidado em saúde e tido como a porta de entrada preferencial no sistema, torna-se oportuna a inserção deste

debate na atenção primária, trazendo a reflexão das diferentes iniciativas e mudanças de posturas, tanto individuais quanto coletivas, necessárias ao enfrentamento a violência.

Por outro lado, como estes indicadores estabelecem metas a serem cumpridas e as atrela ao financiamento, acaba por induzir, na prática, que os municípios priorizem ações voltadas, em sua maioria, ao cumprimento de metas desses indicadores. Esta problemática não afeta unicamente as questões relacionadas à violência, como também diversas questões e agravos em saúde negligenciadas e invisibilizadas pelo setor.

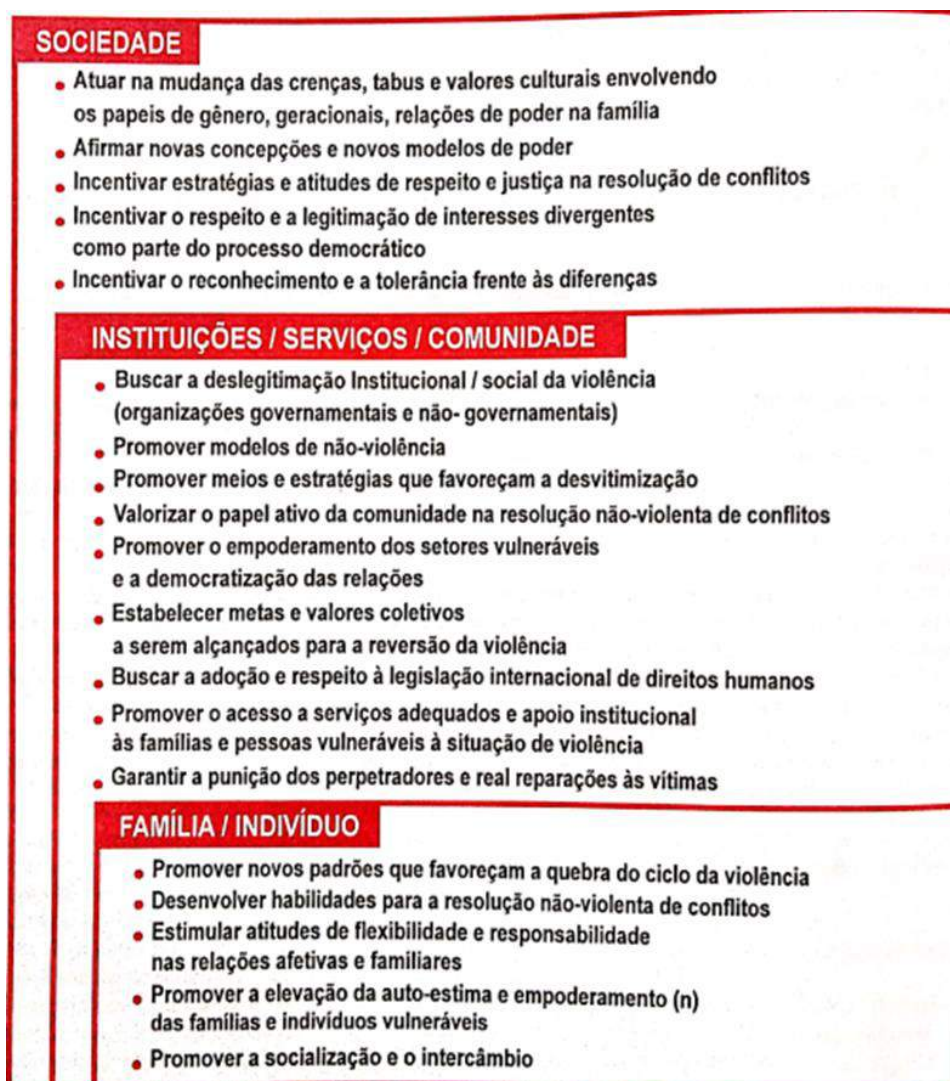
Na mesma lógica, segue também a construção da LC\_SMPN. Aqui também é possível perceber a ausência do tema de violência, além do reforço da imagem da mulher no seu papel reprodutor ao focar unicamente nas questões de pré-natal, IST e puerpério como as demandas em saúde das mulheres, apresentando assim uma visão restrita da Saúde da Mulher, o que, por sua vez, vai contra o proposto pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004).

Os documentos analisados mostram que esta discussão não se faz tão presente quanto a percepção de violência descrita na categoria anterior, sendo pouco colocada de forma explícita. O P\_AVVI traz em seu encerramento um quadro resumo de ações que devem ser tomadas para o enfrentamento à violência (Figura 8) que não parece fortemente abordado como ponto central de práticas de enfrentamento, visto que este protocolo, segundo informações coletadas no serviço, não está sendo utilizado atualmente.

Segundo Foucault, as práticas de poder se agrupam em duas esferas, a que se expressa nas relações interpessoais e outra de maneira institucionalizada. Quando se dá de forma institucionalizada, não mais prevalece o poder de um indivíduo sobre o outro, mas o poder exercido de um determinado grupo sobre outro. Visto que a violência erudita se vale do exercício do poder e entendendo que o poder é expresso pelo discurso, a análise dos documentos municipais evidencia o proposto pelo autor (FOUCAULT, 2014).

Nesse caso, reflete-se a dominação que culturalmente se exerce sobre as mulheres. Como evidencia Rohden, a ciência biomédica, refletindo os valores socioculturais, projeta e reforça as desigualdades de gênero em suas formas de expressão e práticas (ROHDEN, 2009).

**Figura 8 - Estratégias e compromissos para enfrentamento à violência, segundo P\_AVVI**



Fonte: Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Intrafamiliar no Município de Mesquita, 2010, p. 45.

Dessa forma, a ciência também sofre influência dos valores culturais de quem a produz, e isso não se faz diferente dentro das ciências biomédicas, que também reforçam as assimetrias sexuais e acabam por legitimar a ideologia de superioridade entre os sexos (CARRARA *et al.*, 2010a; ROHDEN, 2009).

É interessante notar como a necessidade científica de entendimento das diferenças na expressão dos corpos cria dois grupos distintos, e revela um grupo como os alvos de violência do outro. Percebemos como é de fato perigosa a reafirmação das dicotomias sexuais e como contribuem para a violência. A necessidade de descrição do corpo pelo olhar científico também oculta ou suscita que se determinem grupos dicotômicos, homens *versus* mulheres, que, na relação de hierarquização dos corpos, definem alvos, submete um grupo a outro e suscita a perseguição daqueles que por acaso não se adequem às definições cientificamente

atribuídas pelo determinismo biológico, que fundamenta os estereótipos de gênero (CARRARA *et al.*, 2010a, 2010b).

Rohden exemplifica em seu livro como a prática e o saber do parto, antes restrito às parteiras (mulheres) acaba por perder espaço para o saber biomédico com o advento da ginecologia e obstetrícia, exercido em seu princípio majoritariamente por homens (ROHDEN, 2009). Sendo assim, a biomedicina pode ser vista como uma ciência historicamente pensada por homens, principalmente no que tange à ginecologia e obstetrícia, sobre os corpos das mulheres. Essa perspectiva histórica e cultural é intrínseca, não só aos indivíduos, como às práticas em saúde.

Dessa forma, a ausência ou a ligeira abordagem do tema de violência como instrumento de poder acaba por se materializar como uma das formas estruturais de manutenção da violência institucional no Setor Saúde, como um reflexo cultural da violência de gênero.

É, de certa forma, ingênuo não levantar que as práticas profissionais também estão carregadas de valores e posturas culturais e individuais que, por sua vez, não são imunes à violência, tais práticas também se dão em ambientes de relação de poder.

Rodhen destaca como o parto passa ser destituído de seu ambiente privado, tido como momento restrito às mulheres, auxiliadas pelas parteiras, para um ambiente público, conduzido pela figura da razão e saberes obstétricos e ginecológicos exercidos pelos médicos. Dessa forma, a mulher deixa o local de protagonista e passa a coadjuvante no espetáculo do nascimento, sendo conduzidas pelo representante da razão científica, único detentor dos saberes e do que “é melhor” para a mulher nesse momento. A mulher deixa seu papel ativo na condução do parto e passa ao lugar da passividade e submissão (ROHDEN, 2009).

Estabelece-se aí um ambiente, agora, penetrado pelas desigualdades e superioridade de um grupo sobre outro, o leigo *versus* cientista, mulher *versus* homem, emoção *versus* razão. Tem-se agora a receita que suscita a prática de violência obstétrica, uma violência que, em sua essência, é uma expressão da desigualdade de poder. A ausência percebida nesta pesquisa demonstra a permanência deste olhar dicotômico e masculinista.

Assim como no livro de Minayo, o setor saúde é apresentado nos documentos municipais quase como neutro à influência cultural em suas práticas, como o local ideal, estratégico e seguro para a resolubilidade da questão, o que na prática não se mostra uma verdade absoluta.

O setor saúde tem, indiscutivelmente, um potencial resolutivo da questão, apesar de não deter sua exclusividade. A Saúde apenas exerce seu potencial resolutivo se e quando não

se detém unicamente à reação, reparo e redução de danos advindos da violência, mas se, além disso, inclui outras estratégias de educação e prevenção de forma provocativa e reflexiva, não só para e com os usuários, mas também destinadas e em parceria com os profissionais, como forma de garantia da plena cidadania a todos e cumprimento dos princípios estruturantes de equidade, integralidade e universalidade do SUS.

## 6 CONCLUSÃO

Foi possível notar que o que poderia se configurar como grande limitador, que é justamente a discussão de uma temática que não aparece oficialmente em nenhum tipo de documento coletado, se mostra potencialmente provocativo, não no sentido de identificar um ato falho da gestão municipal. Na verdade, é justamente o contrário, uma vez que essa prática não é exclusividade do município estudado, e sim, um problema estrutural da sociedade.

Mesquita não é o único município que potencialmente apresentaria o comportamento levantado, ou o que contém o pior índice da Federação; nem é exclusivo desta gestão a não abordagem da temática. A ótica é totalmente oposta ao propormos uma crítica do sistema.

Podemos concluir que, já a partir da anuência para que essa pesquisa fosse realizada, se desnaturaliza a ideia de que o tema seja ausente. Essa anuência desnaturaliza ainda a abordagem do imaginário coletivo de que o tema é ausente. Ao contrário, a partir da anuência, é oportunizada uma quebra de estrutura, para que se discuta municipalmente a violência sob a ótica de violência erudita.

Apesar do silêncio, há, em contraponto, um silencioso movimento de ruptura e debate para que os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) possam repensar a violência estrutural, na sociedade, em uma crítica das nossas próprias práticas enquanto profissionais da saúde.

Ainda que na contramão de todo o discurso de aumento da demanda de trabalho devido ao encerramento de ciclos políticos de gestão, de aproximação de época eleitoral, num contexto de uma pandemia global, ainda estamos tecnicamente tomando decisões políticas de resistência e de busca por igualdade de gênero.

Concluo ainda que, mesmo os materiais que apontam para a discussão no imaginário social, ou do ensaio de discussão da violência sob a ótica da violência como instrumento de poder, esta discussão caminha tecnicamente correta, e com relevante consonância com a maior parte do raciocínio acadêmico proposto por Minayo (2006).

Ademais, essa movimentação silenciosa e potente ocorrida na estrutura de gestão municipal é fortemente atravessada e motivada por dois programas de residência que passam a compor a estrutura de saúde municipal a partir de 2019: a entrada do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ), como também do Programa de Residência em Saúde da Família (ENSP/FIOCRUZ), gerando uma discussão cíclica que movimentou de forma importante o Setor Saúde.

Como sugestão ao serviço, uma estratégia que poderia ser adotada seria a revisão e ampliação do Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Intrafamiliar, já que este atualmente encontra-se em desuso, apesar de tecnicamente interessante, podendo ganhar novo fôlego com as recentes movimentações provocadas pelos programas de residência.

É institucionalizado que o município reconhece e desenvolve ações potentes e recorrentes acerca da temática, porém, ainda assim, como exemplo de botão de escape ou sistema de segurança da estrutura social do patriarcado, o Estado cria e reproduz lógicas de trabalho que retroalimentam o ciclo social da violência erudita, perpetuando assim, ou ao menos servindo de um braço de controle, do estado capitalista, como uma mão regulatória a fim de manter o monopólio da violência através de estratégia de manutenção de poder.

É preciso que nós, enquanto profissionais, e, antes de tudo, como exercício de cidadania, repensemos nossas atitudes diárias, posturas e exemplos, tanto familiares quanto profissionais, que favoreçam a opressão e normalizem o genocídio de minorias e a propagação de práticas violentas institucionalizadas não somente no setor saúde, na relação biomédica/paciente, profissional/usuário, como também a discussão de violências morais nos postos de trabalho, como o assédio sexual inerente em ambientes de chefias onde se reafirmam as relações de poder.

Interessante notar como socialmente a violência se vale da lógica de vigiar e punir. Não é biologicamente determinado que as mulheres sejam instáveis. São as opressões sociais que as desestabilizam. As mulheres não são loucas, tristes ou más porque são mulheres, são tristes ou loucas ou más porque assim a sociedade as quer representar como estratégia de invalidação. As mulheres que habitam corpos dóceis são vigiadas, enquanto as que não se docilizam, ou quando se impõem, são punidas através do silenciamento de suas demandas e da invalidação de suas falas.

Dessa forma, a receita do patriarcado para sustentar as relações de poder é associar uma inferioridade à figura feminina, através da dualidade excludente entre razão/emoção; então, se a cabeça está sobre o coração, o que domina o corpo social é a figura masculina da razão.

Por isso, torna-se fácil enquadrar qualquer corpo feminino que se imponha contra o sistema como triste, louco ou mal, sinônimos de emoções rejeitáveis. As violências nos postos de trabalho são braços do patriarcado para silenciar a discussão institucional dessa temática e para que a estrutura não seja rompida.

Estou certa de que, para provocar esta discussão de forma institucional, se faz necessária uma adequação do discurso, para que se possa afetar o corpo social e romper a



estrutura. Critico ainda a minha própria prática, que, ao se utilizar desta metodologia, desta escrita acadêmica dura, não deixa de ser inacessível, em uma linguagem que não nos toca onde precisamos ser tocados pela questão. Entendo que, nesse sentido, este trabalho ainda não consiga ser algo além de um convite ao tema.

Dessa forma, assim como para aquele que vai ao teatro, este trabalho é apenas um convite, o qual todos nós deveríamos aceitar, para que nos sentemos e assistamos ao espetáculo da vida social que temos e nos percebamos enquanto seres humanos. Que nos permitamos a emoção acima da razão para que seja possível se afetar. Espero que, assim como quem assiste uma peça de teatro ou a quem lê, esse trabalho não seja fechado, esquecido numa estante, mas que ele possa ser carregado ali convosco, mesmo que apenas um fragmento, que seja semente.

## REFERÊNCIAS

- BALDISSEROTTO, Marcia Leonardi; THEME FILHA, Mariza Miranda; DA GAMA, Silvana Granado Nogueira. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. **Reproductive Health**, v. 13, n. S3, p. 124, 2016. Disponível em: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0233-x>. Acesso em: 14 maio 2020.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 19 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Caderno de Atenção Básica, 8).
- CARRARA, Sergio *et al.* Diversidade cultural: respeito e valorização. In: CARRARA, Sergio *et al.* (coord.). **Especialização em gênero e sexualidade**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010a.
- CARRARA, Sergio *et al.* A construção social do gênero. In: CARRARA, Sergio *et al.* (coord.). **Especialização em gênero e sexualidade**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010b.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014.
- FRANCO, Camila Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. [S. l.: s. n.], 2004. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passos\\_a\\_passo\\_linha\\_de\\_cuidado.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passos_a_passo_linha_de_cuidado.pdf). Acesso em: 18 jun. 2019.
- FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-134.
- GIFFIN, Karen. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 146-155, 1994. DOI 10.1590/S0102-311X1994000500010.
- GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Understanding popular health education: a review of the Brazilian literature. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011. DOI: 10.1590/s0102-311x2011000100002.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. 0, 2018. DOI 10.1590/1518-8345.2450.3069.

KRUG, Etienne G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>. Acesso em: 21 set. 2020.

LEITE, Fabiana Daniel *et al.* Saúde da mulher: pré-natal. *In*: MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. **Linhas de Cuidado**. Mesquita: [s. n.], 2019. p. 7-38.

MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem: manual de gaveta. *In*: MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem**. Mesquita: SMS, 2019. p. 10.

MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Ações Contra a Violência. **Roda de conversa com a Educação**. Mesquita: SMS, 2018. (Apresentação em Powerpoint).

MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Ações Contra a Violência. **Violência e formas de Tratamento**. Mesquita: SMS, 2017a. (Apresentação em Powerpoint).

MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Ações Contra a Violência. **Setembro Amarelo**. Mesquita: SMS, 2017b. (Apresentação em Powerpoint).

MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Ações Contra a Violência. **Dia 18 de maio: Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Mesquita: SMS, 2017c. (Apresentação em Powerpoint).

MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Ações Contra a Violência. **Notificações dos casos de Violência**. Mesquita: SMS, 2016. (Apresentação em Powerpoint).

MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção as Vítimas de Violência Intrafamiliar no Município de Mesquita**: orientações para prática em serviço. Mesquita: SMS, 2010.

MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Ações Contra a Violência. **Bullying não é brincadeira**. Mesquita: SMS, [s.d.]. (Folder).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 15 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**: declaração da OMS. [S. l.]: OMS, 2014. n. 5, p. 4. Disponível em: [http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf). Acesso em: 18 jun. 2019.

RAMOS, Sílvia. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1067-1078, 2004. DOI 10.1590/S1413-81232004000400027.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8m665/pdf/rohden-9788575413999.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

ROSA, Virgínia da Silva Santa *et al.* Linhas de cuidado: introdução. *In: MESQUITA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Linhas de cuidado*. Mesquita: SMS, 2019. p. 1-6.

SANTOS, Roberta Georgia Sousa dos *et al.* **Protocolo de Enfermagem da Atenção Básica da Região Metropolitana I-RJ Município de Mesquita**. Rio de Janeiro: [s. n.], [s.d.].

VALLA, Victor. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação & Realidade**, v. 21, n. 2, p.177-190, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Declaração de Alma-Ata. *In: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE CUIDADOS PRIMARIOS*. Alma-Ata. **Anais [...]**. [S. l.]: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>. Acesso em: 18 jun. 2019.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – DOCUMENTOS COLETADOS E ANALISADOS

<b>Título</b>	<b>Código</b>	<b>Local</b>	<b>Modelo</b>	<b>Mês/Ano</b>	<b>Descrição</b>
Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Intrafamiliar no Município de Mesquita	P_AVVI	ATAV	Protocolo	2010	Protocolo para subsidiar tecnicamente ações dos profissionais de saúde
Notificações dos casos de Violência	AP_ATAV1	ATAV	Atividade presencial	2016	Apresentação sobre notificação de casos de violência
Dia 18 de maio: Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes	AP_ATAV2	ATAV	Atividade presencial	2017	Apresentação sobre Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes
Capacitação no enfrentamento à Violência	AP_ATAV3	ATAV	Atividade presencial	2017	Apresentação utilizada na capacitação sobre enfrentamento a violência para profissionais da saúde
Violência e formas de tratamento	AP_ATAV4	ATAV	Atividade presencial	2017	Apresentação abordando sobre as formas de violência e tratamento
ATAV – O que é?	AP_ATAV5	ATAV	Atividade presencial	2017	Apresentação sobre a Área Técnica de Ações contra a Violência
Setembro Amarelo	AP_ATAV6	ATAV	Atividade presencial	2017	Apresentação sobre Setembro Amarelo
Ata I Fórum do Comitê Intersetorial de Combate às Violências	ATA1	ATAV	Ata	out/17	Ata com registro a respeito do I Fórum do Comitê Intersetorial de Combate às Violências
Roda de conversa com a Educação	AP_ATAV7	ATAV	Atividade presencial	2018	Apresentação utilizada na roda de conversa com profissionais da educação
Protocolo de Enfermagem da Atenção Básica da Região Metropolitana I - RJ - Município de Mesquita	P_ENF	CAB	Protocolo	2019	Protocolo para organização do serviço de Enfermagem na Atenção Básica
Protocolo de Enfermagem da Atenção Básica da Região Metropolitana I - RJ - Município de Mesquita - Manual de Gaveta	P_ENF_MG	CAB	Protocolo	2019	Protocolo de enfermagem em versão manual de gaveta <sup>1</sup>
Linha de cuidado Saúde da Mulher - Pré-natal	LC_SMPN	CAB	Protocolo	2019	Material da linha de cuidado à saúde da mulher abordando pré-natal

Linha de cuidado: Introdução geral	LC_INT	CAB	Protocolo	2019	Introdução geral as linhas de cuidado à saúde do município
Bullying não é brincadeira	ME1	ATAV	Material educativo	NI	Folder elaborado pela ATAV sobre Bullying

NI = Não identificado. Nota <sup>1</sup>: o temo “manual de gaveta” se refere a uma versão de consulta rápida do Protocolo de Enfermagem.

Fonte: Elaborado pela autora.

## ANEXO B – DOCUMENTOS COLETADOS NÃO ANALISADOS

<b>Título</b>	<b>Código</b>	<b>Local</b>	<b>Modelo</b>	<b>Mês/Ano</b>	<b>Descrição</b>
Circular cisbaf/SE Nº 17/2018	CIR1	NEPS	Circular	abr/18	Circular do CISBAF a respeito da oferta do Curso em manejo de violência contra criança na atenção básica
Ofício 13 NEPS/SEMUS	OF1	NEPS	Ofício	set/19	Ofício solicitando coffee break para Capacitação Saúde do Idosos, Violência e Maus Tratos em alusão ao Dia Nacional do Idoso
Ofício 14 NEPS/SEMUS	OF2	NEPS	Ofício	set/19	Ofício solicitando confecção de banner para Capacitação Saúde do Idosos, Violência e Maus Tratos em alusão ao Dia Nacional do Idoso
Lista de presença de I Oficina de notificação Interpessoal/Autoprovocada	LP1	NEPS	Lista de presença	set/19	Lista de presença da capacitação sobre notificação de violência Interpessoal/autoprovocada
Lista de presença da atividade Reflexões frente as fichas de notificação compulsória	LP2	ATAV	Lista de presença	jan/19	Lista de presença de atividade realizada do CAPS Casa Verde
Lista de presença Capacitação Área Técnica de Ações Contra a Violência	LP3	ATAV	Lista de presença	fev/19	Lista de presença de capacitação realizada na CF Drº Jorge Campos
Lista de presença Capacitação (preenchimento do SINAN) e sensibilização da equipe sobre importância da notificação	LP4	ATAV	Lista de presença	fev/19	Lista de presença da capacitação sobre preenchimento do SINAN na CF Drº Jorge Campos

Fonte: Elaborado pela autora.