



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

Eloisa de Lacerda

**Análise temática de estratégias de prevenção das violências contra as mulheres no  
Sistema Único de Saúde**

Florianópolis  
2023

Eloisa de Lacerda

**Análise temática de estratégias de prevenção das violências contra as mulheres no  
Sistema Único de Saúde**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof. Dra. Sheila Rubia Lindner

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lacerda, Eloisa de  
Análise temática de estratégias de prevenção das  
violências contra as mulheres no Sistema Único de Saúde /  
Eloisa de Lacerda ; orientadora, Sheila Rubia Lindner,  
2023.  
74 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. violência  
contra as mulheres. 3. prevenção da violência. 4. análise  
temática. I. Lindner, Sheila Rubia. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Eloisa de Lacerda

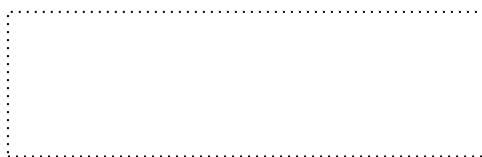
**Análise temática de estratégias de prevenção das violências contra as mulheres no  
Sistema Único de Saúde**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 30 de maio de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

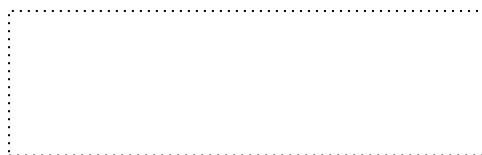
Prof. Rodrigo Otavio Moretti Pires, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Dalvan Antônio de Campos, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Profa. Sheila Rubia Lindner, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2023.

Dedico esse trabalho às mulheres que conheci nos consultórios e territórios do SUS. Ângelas, Edites, Marias, Claudetes, Zulmas: sem a generosidade de vocês esse trabalho não existiria.

## AGRADECIMENTOS

Ao agradecer, espero atribuir reconhecimento a aqueles que não estão representados em referências bibliográficas, mas são tão parte dessa pesquisa quanto os autores citados no corpo do texto.

A trajetória de pesquisa se faz na soma, assim, agradeço meus mestres por esse caminhar sempre muito bem acompanhada. Aos grandes mestres do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC e, especialmente, minha orientadora Sheila Rubia Lindner. À dupla mais arrebatadora de corações para o SUS que conheci, Marcão (*in memoriam*) e Rita, do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da UNIVALI, e meus queridos mestres de graduação da UEM, especialmente Murilo Moscheta e Renata Heller, que me deram lentes necessárias para olhar o mundo e direcionaram até aqui.

Agradeço muito minhas famílias, em ordem cronológica, minha primeira: Mãe, Pai, Carol, Lucas e Amanda, que sorte temos de nos ter, vocês estão em tudo! E a mais recente, minha família que me acolheu de forma tão generosa. Rafaela, Marina e Jorge, vocês me inspiram e a generosidade de vocês me transborda, obrigada.

Agradeço meus amigos. Amigos de longa data, de ciclos que terminaram, mas a presença de vocês é persistente, amigos que também são meus mestres, amigos da luta cotidiana no SUS, amigos que fiz de forma online durante o percurso do mestrado. Vocês me preenchem, espero que a vida nos permita muito mais tempo juntos.

Por fim, agradeço ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e a Universidade Federal de Santa Catarina, pelo espaço e oportunidade de desenvolver essa pesquisa.

Joana

*(Vestindo os filhos:)*

Eles pensam que a maré vai mas nunca volta  
Até agora eles estavam comandando  
o meu destino e eu fui, fui, fui, fui recuando,  
recolhendo fúrias. Hoje eu sou onda solta  
e tão forte quanto eles imaginam fraca  
Quando eles virem invertida a correnteza,  
quero saber se eles resistem à surpresa,  
quero ver como eles reagem à ressaca

*(Tempo.)*

Meus filhos, vocês vão lá na solenidade,  
digam à moça que mamãe está contente,  
tanto assim que lhe preparou este presente  
para que ela prove como prova de amizade  
Beijem seu pai, lhe desejem felicidade  
co'a moça e voltem correndo, que eu e vocês  
também vamos comemorar, sós, só nos três,  
vamos mastigar um naco de eternidade

*(entre o pacote; grita)*

(HOLANDA; PONTES, 1975, p. 206-207)

## RESUMO

A violência contra as mulheres é uma questão global e atinge proporções pandêmicas. A prevenção desta violência é um tema presente no fazer das profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas públicas crescentes sobre o tema, desde o reconhecimento da violência como pauta da saúde, demonstram o esforço deste setor em contribuir para o enfrentamento da violência, assumindo seu papel em uma luta multifacetada, intersetorial e transdisciplinar. A Organização Mundial da Saúde orienta que uma agenda fortalecida para o enfrentamento da violência, entre outras recomendações, deve estar apoiada em pesquisas científicas específicas sobre prevenção de violência a partir de práticas comprovadas (WHO, 2008). Este estudo objetiva analisar estratégias de prevenção da violência contra as mulheres no Sistema Único de Saúde por meio de trabalhos apresentados e publicados no 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres. Consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa e caráter descritivo, do tipo documental. Os documentos utilizados nesta pesquisa foram todos os quinze trabalhos aprovados e apresentados no evento, representando onze estados brasileiros, distribuídos entre as cinco regiões do país. Foram tratados utilizando a Análise Temática com base em Braun e Clarke. O enfrentamento das violências contra as mulheres é trazido de forma difusa dentro dos trabalhos, pois compreende-se que uma amplitude de estratégias é preconizada quando falamos de combate à violência. Foram produzidos três temas a partir da análise dos documentos, os quais buscaram sintetizar como a prevenção da violência contra as mulheres pode se expressar no processo de trabalho das profissionais de saúde e gestoras(es) dos SUS. Foram ressaltados os processos de educação permanente e educação em saúde como vetores importantes da transformação social; o acesso à assistência em saúde como garantia de um SUS realmente universal que considera as especificidades das mulheres em situação de violência; e a organização de rede híbrida que dê conta da complexidade do enfrentamento das violências e, superando a fragmentação do serviço, possa cuidar das mulheres de forma integral. Os trabalhos analisados, em sua maioria, são atravessados pelas temáticas de forma combinada, as ações se somam e se completam em diferentes níveis dentro dos relatos das autoras. Conclui-se que essa somatória se torna necessária e inevitável quando tratamos de violência, pois demanda da multiplicidade de ações para dar conta das características da violência.

**Palavras-chave:** violência contra as mulheres; prevenção da violência; análise temática



## ABSTRACT

Violence against women is a global issue that has reached pandemic proportions. The prevention of this violence is a theme present in the work of health professionals in the Unified Health System. The growing public policies on the subject, since the recognition of violence as a health agenda, demonstrate the effort of this sector in contributing to the fight against it, assuming its role in a multifaceted, intersectoral, and transdisciplinary struggle. The WHO advises that a strengthened plan for confronting violence, among other recommendations, must be supported by specific scientific research on the subject based on proven practices (WHO, 2008). The study aims to analyze strategies for preventing violence against women in the Unified Health System through papers presented and published at the 1st National Seminar on Health Strategies to Combat Violence Against Women. It consists of research with a qualitative approach and descriptive character, of the documentary type. The documents used in this research were restricted to the totality of fifteen works approved and presented at the event, representing eleven Brazilian states, distributed among the five regions of the country. They were treated using Thematic Analysis guided by the authors Braun and Clarke. Coping with violence against women is diffused within the work, as it is understood that a range of strategies is advocated when we talk about combating violence. Three themes were produced from the analysis of the documents, which sought to synthesize how the prevention of violence against women can be expressed in the work process of health professionals and SUS managers. The processes of permanent education and health education were highlighted as very important vectors of social transformation; access to health care as a guarantee of a truly universal SUS that considers the specificities of women in situations of violence; and the organization of a hybrid network that handles the complexity of confronting violence and, overcoming the fragmentation of the service, can provide comprehensive care for women. The analyzed works, for the most part, are crossed by the themes in a combined way, the actions add up and complete each other at different levels within the authors' reports. It is concluded that this sum becomes necessary and inevitable when dealing with violence, as it demands a multiplicity of actions to account for the characteristics of violence.

**Keywords:** violence against women; violence prevention; thematic analysis.

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Eixos organizadores da busca por temas.....  | 35 |
| Quadro 2 – Demonstrativo do quadro para gerar códigos iniciais.....   | 36 |
| Quadro 3 – Sistematização dos padrões por cores.....  | 36 |
| Quadro 4 – Demonstrativo de quadros com trechos padronizados por cor.....   | 37 |
| Quadro 5 – Temas desenvolvidos na quinta etapa metodológica.....  | 38 |
| Quadro 6 – Experiências exitosas apresentadas no 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres..... | 40 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|        |   |
|--------|---|
| AT     | Análise Temática  |
| CGDANT | Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis         |
| CPMI   | Comissão Parlamentar Mista de Inquérito                           |
| DANT   | Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis                     |
| DCNT   | Doenças Crônicas Não Transmissíveis                               |
| EPS    | Educação Permanente em Saúde                                      |
| IPEA   | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada                          |
| MS     | Ministério da Saúde   |
| NPV    | Núcleos de Prevenção à Violência                                  |
| ODS    | Objetivos do Desenvolvimento Sustentável                          |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde                                      |
| OPAS   | Organização Pan-Americana da Saúde                                |
| PNEPS  | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde                 |
| PNEVCM | Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres |
| RAS    | Redes de Atenção à Saúde  |
| SUS    | Sistema único de Saúde  |
| VPI    | Violência por Parceiro Íntimo                                     |
| UFSC   | Universidade Federal de Santa Catarina                            |

## SUMÁRIO

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
|              | <b>APRESENTAÇÃO.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>1.</b>    | <b>INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>14</b> |
| <b>2.</b>    | <b>OBJETIVOS.....</b>  | <b>17</b> |
| 2.1          | OBJETIVO GERAL.....  | 17        |
| 2.2          | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....   | 18        |
| <b>3.</b>    | <b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>  | <b>18</b> |
| 3.1          | VIOLÊNCIA E (SISTEMA ÚNICO DE) SAÚDE.....                                    | 18        |
| 3.2          | PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM POLÍTICAS DE SAÚDE<br>BRASILEIRAS.....             | 22        |
| 3.3          | VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....  | 25        |
| <b>3.3.1</b> | <b>Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres....</b> | <b>28</b> |
| <b>4.</b>    | <b>METODOLOGIA.....</b>  | <b>29</b> |
| 4.1          | TIPO DE ESTUDO.....  | 29        |
| 4.2          | ORIGEM E COLETA DE DADOS.....  | 32        |
| 4.3          | ANÁLISE DE DADOS.....  | 33        |
| <b>5.</b>    | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>   | <b>39</b> |
| 5.1          | BREVE CARACTERIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS EXITOSAS.....                          | 39        |
| 5.2          | DISCUSSÃO: ANÁLISE TEMÁTICA DAS EXPERIÊNCIAS<br>EXITOSAS.....                | 46        |
| <b>5.2.1</b> | <b>Tema 1: EDUCAÇÃO como protagonista da transformação social.....</b>       | <b>44</b> |
| <b>5.2.2</b> | <b>Tema 2: Acesso à ASSISTÊNCIA como direito universal.....</b>              | <b>48</b> |
| <b>5.2.3</b> | <b>Tema 3: REDES e TECNOLOGIAS para o cuidado integral.....</b>              | <b>51</b> |
| <b>6.</b>    | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>53</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                       | <b>56</b> |
|              | <b>ANEXO A – EDITAL DE PREMIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS.....</b>                   | <b>62</b> |
|              | <b>ANEXO B – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO.....</b>                                | <b>66</b> |

## APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa está motivada, como muitas, por um fazer diário desassossegado. Ela emerge do cotidiano profissional nos espaços do Sistema Único de Saúde (SUS), onde atuo desde 2017 entre a Atenção Primária e Especializada. Não parece muito, e de fato não é. No entanto, não precisou de mais de um ano para o tema dessa pesquisa ser central nos atendimentos e planejamentos de cuidados ao território. As situações de violências contra as mulheres sempre estiveram presentes de forma muito marcante e superior à possibilidade de atendimento prestado. Esse fenômeno não era baseado em uma análise superficial da situação, ou apenas uma impressão, mas amplamente reconhecido e problematizado entre os profissionais de saúde.

Assim, o desassossego se faz motriz, e a pesquisa busca pela perspectiva da prevenção como um caminho possível e pertinente ao âmbito dos trabalhadores de saúde no enfrentamento das violências contra as mulheres. Para isso, se debruça sobre documentos que registram experiências exitosas no combate das violências contra as mulheres, e usa da análise qualitativa, especificamente a Análise Temática, para discutir os aspectos da prevenção nesses relatos.

Discute a complexidade do fenômeno da violência, a possibilidade de prevenção a partir da aproximação deste do setor da saúde e a especificidade da violência contra as mulheres, para então analisar os temas desenvolvidos a partir da análise documental. A realização dessa pesquisa trouxe uma maior imersão para compreensão do fenômeno da violência no território, e permitiu uma discussão que contribuirá na transposição das produções científicas para a atuação das trabalhadoras do SUS.

## 1 INTRODUÇÃO

A complexidade do fenômeno da violência desdobra-se em estudos de diferentes áreas de conhecimento, formando consenso entre pesquisadores sobre a transdisciplinaridade do tema e a dificuldade de assumir um sistema de explicação único (JOXE,1981). Ainda assim, Saúl Agudelo (1990) nos alerta que tal complexidade não pode ser pretexto para estarmos passivos diante dela. A presente pesquisa pretende aproximar-se dessa complexidade, cerceando o olhar sobre parte desse fenômeno, compondo uma linha de estudos que vem se dedicando a mapear, reconhecer, limitar e combater a violência. Neste sentido, tem como tema a prevenção das violências contra as mulheres no âmbito da saúde, e objetiva analisar estratégias de prevenção desenvolvidas por profissionais desse setor com a finalidade de enfrentar tais formatos de violência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua violência em seu primeiro Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência, em 2002, após longo histórico de aproximação e reconhecimento desta, pela Resolução WHA 49.25 de 1996, enquanto um dos principais problemas de saúde pública mundial. Nele, define-se<sup>1</sup> violência 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).

Esta mesma resolução, a qual precede o relatório, orienta que se organize esforços para caracterizar os tipos de violências, bem como sua magnitude e consequências, destacando a necessidade de usar a perspectiva de gênero na construção das análises. Saffioti (2001) discute essa perspectiva e reforça a necessidade do debate ao explicar que a violência contra as mulheres, bem como a violência doméstica e intrafamiliar, está contida na compreensão de violência de gênero, mas ainda assim é necessário delinear suas distinções para permanência dessas categorias analíticas. Explica que a violência de gênero está marcada pela desigualdade e assimetria nas relações constituídas em uma matriz de gênero dominante que atravessa e opera em todas as estruturas sociais. Assim, enquanto a violência contra as mulheres trata de um viés que exclui os homens e foca nas particularidades da violência perpetrada contra as mulheres de todas as idades, a violência de gênero abrange todos os direcionamentos possíveis do fenômeno

---

<sup>1</sup> Vale ressaltar, evidencia-se a *intencionalidade* nessa definição como chave para distinguir violências de acidentes.

praticado por homens e mulheres, enquanto sujeitos vítimas e autores de violência (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005; SAFFIOTI, 2001).

Ainda que, considerando essa perspectiva da violência de gênero, compreenda-se que as mulheres podem atuar como agentes de violência, existe também a ampla compreensão que elas culturalmente estão mais na posição de vítima (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005; SAFFIOTI, 2001). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirma que uma a cada três mulheres – ainda – é submetida à violência física ou sexual por parte de seu parceiro ou violência sexual por parte de um não parceiro, reforçando que esse dado segue persistente na última década. Estima-se que esta proporção é ainda mais alarmante em países de baixa e média-baixa renda, com prevalência de até uma em cada duas mulheres, e ressalta a desigualdade econômica e social como um importante fator para o enfrentamento quando a intenção é prevenir a violência (OPAS, 2021).

O Relatório Mundial, buscando contemplar as orientações da resolução, caracteriza a violência de gênero, na sua expressão de violência contra as mulheres, dentro da violência por parceiro íntimo (VPI), por ser uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres (KRUG et al., 2002). “Em uma relação íntima, a violência de gênero refere-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação” (KRUG et al., 2002, p. 91).

Outro aspecto que norteia a Resolução WHA 49.25 é a prevenção da violência enquanto prioridade para saúde pública, ressaltado tanto no título quanto na quinta requisição do documento, a fim de implementar programas de prevenção e redução da violência. A prevenção ganha destaque entre os documentos nacionais e internacionais focados na violência (SILVA; MALTA, 2010), tanto a partir da compreensão do caráter prioritário das medidas preventivas quanto do reconhecimento da violência enquanto pauta da saúde. Minayo (1994, 1997, 1999) reforça em suas pesquisas como a violência, apesar de não ser problemática exclusiva da saúde, afeta diretamente este setor quando ameaça a vida e seus direitos. Por sua vez, o setor saúde também deve superar seu papel tradicional de “espectador que cuida/cura os efeitos da violência” para atuar em nível de prevenção.

Logo a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção de saúde (MINAYO, 1997, p. 520).

No Brasil, um vislumbre de como o Estado deve se posicionar sobre a violência está posto pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, parágrafo 8º, quando assegura

assistência à família e prevê mecanismos de coibir a violência nesse âmbito. Compreende-se que tal premissa constitucional possibilita uma trajetória de construção das políticas públicas de enfrentamento das violências, uma vez que se reconhece uma necessidade constitucional de proteção dessa instituição contra a violência. A elaboração de planos de prevenção da violência torna-se gradativamente uma prioridade a partir da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, realizada em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Considerada um marco internacional para coibir a violência contra as mulheres, (MELO; MELO, 2016), a convenção reconhece como dever do Estado adotar medidas de prevenção destas violências, orientando o desenvolvimento de medidas progressivas em direção à sua erradicação (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994). O decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996, promulga a Convenção de Belém do Pará, decretando o seu cumprimento e execução de forma integral (BRASIL, 1996).

Desenvolver planos e políticas de referência para esse enfrentamento está entre as recomendações da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra Mulher, medidas de assistência da lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), pactuações do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, ações prioritárias da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (PNEVCM), além da própria Constituição Federal.

Quando a prevenção de violência passa a ser domínio das políticas públicas e o enfrentamento da violência contra as mulheres não pode ser mais ser desvinculado do fazer da saúde, fica evidente a necessidade de pensar sobre a execução desse fazer pelos profissionais que compõem a rede de assistência em saúde. Agudelo (1990) defende que a violência enquanto problema de saúde pública deve ser incorporada por esses profissionais em sua formação de base. “Não se trata de criar uma nova cátedra de violentologia, mas de integrar o problema da violência nos conteúdos, critérios, objetivos e habilidades ensinados nos programas de formação” (AGUDELO, 1990, p. 5, tradução nossa).

Reconhecer como se dá na prática a prevenção da violência contra as mulheres no âmbito da saúde pode não ser simples. A nebulosidade sobre essa *práxis* é parte da motivação dessa pesquisa. A OMS afirma que, apesar do nosso avanço na compreensão do papel da violência como barreira do desenvolvimento e da necessidade e possibilidade da sua prevenção, seguimos com dificuldades de acertar a prioridade do tema (WHO, 2008). Cabral (1999) lançou olhar sobre estudos acerca de medidas de prevenção da VPI contra mulher em países que classifica como “desenvolvidos”, e conclui que mesmo nesses países, onde as políticas públicas



de prevenção da violência contra mulher já se instalaram de mais longa data e com maiores investimentos, ainda há grande dificuldade de efetivar ações deste tipo.

Neste sentido, Joxe (1981) defende a complexidade da violência enquanto obstáculo para assumir uma explicação que seja suficiente para compreender esse fenômeno. De forma análoga, determinar formatos de ações que coíbam a violência, e ainda, formatos de ações factíveis e pertinentes ao fazer dos profissionais da saúde, não seria menos complexo. Assim, pretende-se analisar os documentos produzidos por profissionais da saúde e apresentados no 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres, com intenção voltada para o conhecimento de experiências já sistematizadas e exitosas em prevenção de violência contra as mulheres, analisando o que as caracteriza.

Este trabalho se justifica a partir da compreensão da ampla recomendação de construção de material teórico e técnico a favor da prevenção da violência. A OMS (WHO, 2008) orienta que uma agenda fortalecida para o enfrentamento da violência, entre outras recomendações, deve estar apoiada em pesquisas científicas específicas sobre prevenção de violência a partir de práticas comprovadas. A Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004, a qual institui a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, atribuindo responsabilidades para as esferas de gestão, traz em seus objetivos a necessidade de “promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais” (BRASIL, 2004, p. 01).

Considera-se a incorporação do problema da violência no fazer da saúde como um passo essencial para seu enfrentamento e, ao mesmo tempo, um enorme desafio para aqueles profissionais que não tem experiência acumulada nesse contexto (MELO; MELO, 2016). Os relatos de experiência apresentados no evento de abrangência nacional têm potencial para somar diante desses desafios, devido sua natureza prática, a qual traz concretude para uma complexidade imposta essencialmente pelo fenômeno da violência.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as estratégias de prevenção das violências contra as mulheres no Sistema Único de Saúde por meio de trabalhos apresentados e publicados no 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características das experiências exitosas no enfrentamento das violências contra as mulheres;
- Identificar estratégias de prevenção em experiências exitosas no enfrentamento das violências contra as mulheres;
- Analisar os padrões das estratégias de prevenção sistematizados em experiências exitosas no enfrentamento das violências contra as mulheres.

## 3 REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 VIOLÊNCIA E (SISTEMA ÚNICO DE) SAÚDE

A violência é pauta da saúde. A afirmação não deve causar estranhamento nem soar novidade, mas, como é sabido, nem sempre foi assim. Resgatar esse histórico de aproximação é um exercício que garante memória do *porquê* e do *como* essa intersecção se faz possível e pertinente<sup>2</sup>. Conceitua-se violência a partir de estudos de diferentes áreas de conhecimento, sendo consenso a transdisciplinaridade desse fenômeno (JOXE, 1981). Mas não é apenas no campo científico que essa construção se dá, a consciência social popular sobre o tema também é diversa, atravessada por moralidade, filosofia, religiosidade, política, economia, entre outros, o que vai compor sua propriedade polissêmica, como caracteriza Minayo (1997, 2006).

Alain Joxe (1981) afirma que a transdisciplinaridade da violência não configura uma prática em si, mas sim uma aspiração, e as fronteiras entre as disciplinas que se dedicam ao estudo da violência são inevitáveis por uma questão de divisão de trabalho. Essa divisão pode estar refletida entre os setores sociais na medida em que existe um reconhecimento de como a violência está imbricada em diversos processos vinculados a eles, como o campo da segurança pública, da educação ou da saúde. Também pode estar refletida no que Minayo (1997) classifica como variáveis de pesquisas epidemiológicas (gênero, cor, orientação sexual, condições econômicas etc.), quando explica como a epidemiologia tem proporcionado grandes

---

<sup>2</sup> A socióloga Maria Cecília de Souza Minayo se dedicou a mapear o fenômeno da violência no Brasil, e resgata constantemente em sua obra esse processo de apropriação da violência enquanto objeto de estudo da área da saúde. A conjuntura social que culmina em um reconhecimento dos efeitos diretos e indiretos da violência na saúde, e mais, o destaque deste campo de atuação no enfrentamento dessa, são desenhados pela autora.

contribuições para o estudo da violência e como essas pesquisas colaboram para sensibilização, precisão e detecção dos casos de violência.

Dahlberg e Krug (2002) explicam que apesar da violência estar sempre presente nos registros da humanidade, não devemos concebê-la como natural e inevitável, e aponta como diferentes sistemas sociais deram conta ao longo do tempo de limitá-la e preveni-la em maior ou menor grau. “Nunca existiu uma sociedade sem violência, mas sempre existiram sociedades mais violentas que outras, cada uma com sua história” (MINAYO, 2006, p. 15).

Enquanto um fenômeno social complexo que sempre esteve presente na história da humanidade, é relevante notar que a pouco tempo alcançamos um nível de debate que permite associar de forma direta tal fenômeno ao processo saúde-doença. Poder “condenar” atos violentos, enquanto uso ilegítimo da força física, moral ou política, é o caminho do processo de democratização e produção de cidadania (DOMENACH, 1981; MINAYO, 2006). “A Saúde Pública pode ser espaço de construção de cidadania” de acordo com Agudelo (1997, p. 54), e a violência afeta negativamente este espaço por “[...] seus efeitos contrários ao bem-estar individual e coletivo, pela destruição de milhares de vidas humanas e devido à intensa redução da qualidade de vida [...] afetiva, política e socialmente, e ainda, pela limitação no exercício dos diferentes direitos” (AGUDELO, 1997, p. 54-55).

O caminho da democratização foi retomado pelo Estado brasileiro na década de 1980 e assim se faz possível alavancar estudos sobre a complexidade das manifestações da violência e seus impactos nos diversos setores da sociedade. O impacto da violência na saúde do brasileiro passa a ser dimensionado gradativamente, e começa a ser foco de pesquisas científicas principalmente a partir da década de 1990 e 95% da produção científica sobre o tema se deu após 1980 (MINAYO, 2006). Antes disso, entre a década de 1960 e 1970, quando as discussões sobre conceito de saúde considerando a teoria da determinação social estavam tomando forma no Brasil, a violência e seu impacto no setor saúde ainda provocavam resistências, e Minayo e Souza (1999) explicam que as razões são muitas. Pontua o fato desse fenômeno ser historicamente terreno da segurança pública, pontua também a lógica do modelo biomédico como uma barreira interna do setor, uma vez a violência se reduziria a uma “variável ambiental”.

Considerando tais complexidades, Minayo (2006) conta sobre a fragmentação do processo de reconhecimento da violência enquanto problema da área da saúde.

Primeiramente trouxeram o problema ao debate, pediatras, epidemiologistas e psiquiatras. Os primeiros, seguindo as trilhas de Kempe e colaboradores, como já foi mencionado; os segundos, produzindo importantes estudos de magnitude e evidenciando tendências; os últimos, analisando as relações das agressões com as enfermidades mentais, com ênfase em estudos sobre suicídio (MINAYO, 2006, p. 53).

Estas iniciativas são fragmentadas na medida em que correspondem a uma ou outra faceta desse fenômeno classificado como controverso e polissêmico (MINAYO, 1997), buscando trazer para luz aquilo que já pertence à ordem do intolerável, que são formas mais atroz de processos naturalizados – como a violência contra criança e contra mulher, representadas por profissionais do âmbito da proteção da infância e o movimento feminista, respectivamente (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2006).

Ainda sobre a naturalização, Domenach (1981) nos lembra que estas formas atroz e condenáveis de violência estão calcadas em versões menos escandalosas, as quais se perpetuam na história em ideologias dominantes. A problematização destas violências toleráveis é importante para superação de suas expressões mais cruéis. Assim, o autor reforça que devemos olhar justamente para essas formas particulares de expressões da violência para nos organizarmos em como detê-las. Naturalizar conflitos – estes que estamos chamando de “toleráveis” – é impedir que eles se expressem e, segundo Minayo (2006), a violência é justamente o rompante que permite trazer estes problemas sociais ao debate. Assim, a fragmentação é parte do processo de reconhecimento da violência bem como dela em si, em sua multiplicidade de manifestações, e procurar por uma história linear ou definição simples deve levar ao reducionismo desta (MINAYO, 2005).

No cenário internacional, em 1996, durante a 49ª Assembleia Mundial da Saúde, a violência é reconhecida e formalizada enquanto problema de saúde pública mundial, determinando essa aproximação e o papel de enfrentamento da saúde sobre causas e consequências da violência, a qual foi publicada no primeiro Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência, em 2002 (WHO, 1996; MELO; MELO, 2016; SILVA et al., 2016). Esta formalização objetivava, de forma geral, ampliar a consciência sobre o tema e argumentar sobre prevenção do problema.

Alcançar uma *práxis* de superação da violência, a qual permita a expressão da sua transdisciplinaridade, dependeria então de trazer planejamento para essa luta direcionada para o enfrentamento da violência. Dahlberg e Krug (2002) posicionam o setor saúde em destaque na busca pela prevenção da violência, diante da sua capacidade de enfrentar outras formas de agravos:

A violência pode ser evitada, e suas consequências, reduzidas, da mesma forma que a saúde pública conseguiu prevenir reduzir em todo mundo, as complicações relacionadas à gravidez, aos ferimentos em locais de trabalho, às doenças contagiosas e enfermidades causadas por alimentos e água contaminados (p. 1165).

Em 2014, um novo relatório foi publicado, atualizando os avanços e desafios do enfrentamento da violência pela saúde, considerando especificamente as políticas públicas desenvolvidas desde o primeiro relatório pelos governos. Conclui que existem inúmeras políticas voltadas para prevenção da violência em andamento no mundo, ainda assim, “há uma desigualdade considerável no nível de apoio recebido por diferentes programas, e a prevenção da violência ainda não atrai apoio político e financeiro compatível com a dimensão e a gravidade do problema” (OMS, 2014, p. 27).

Retomando o contexto brasileiro, a violência está articulada ao seu “nascimento” e desenvolvimento enquanto nação, sendo seus filhos frutos da própria violência contra mulher, sexual e colonizadora (MINAYO, 2006). Uma violência estruturante, profundamente consolidada nas origens das populações brasileiras, não seria facilmente superada. Ainda assim, o país acompanha o movimento internacional nas discussões sobre o reconhecimento do problema da violência como urgente e pertinente à área da saúde pública, construindo seu próprio diagnóstico situacional, como recomendado no primeiro relatório (MINAYO, 2006).

A partir de uma intensa movimentação social e política, com representações variadas em nível técnico e intelectual, e considerando ainda as diversificadas frentes de denúncias e mobilização social sobre diferentes facetas da violência, cria-se terreno fértil para construção da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, de 2005. A política caracteriza a violência no contexto nacional e afirma que ela se encaixa enquanto tema de saúde considerando seu conceito ampliado, aquele instituído na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005) e que fundamenta a organização do SUS.

A racionalidade que permite olhar para violência sob a ótica da saúde está intimamente relacionada à compreensão de que ela não é uma tragédia, ou seja, é evitável, determinada socialmente e, portanto, cabem – e são urgentes – ações de promoção da saúde e prevenção voltadas especificamente para o enfrentamento da violência.

Neste ponto, é importante ressaltar o caráter marcante do documento no enfoque em promoção da saúde e prevenção de doença.

Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade – o alcance da qualidade de vida – e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, individuais e coletivos, e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País (BRASIL, 2005, p. 28).

A promoção da saúde e prevenção de acidentes e violências, neste contexto citado, retoma a proposta de produção de cidadania de Minayo (2006) e Domenach (1981). De fato, um sistema de saúde como o SUS, o qual considera saúde como um direito social, não tem outra opção senão buscar o engajamento intersetorial direcionado para prevenir a violência, uma vez que ela fere pontualmente o direito que fundamenta esse sistema (BRASIL, [2022]). Ser sujeito de direitos no Brasil está diretamente ligado ao projeto de cidadania instituído pelo SUS e pela Constituição Federal de 1988 que o promulga, e a violência ameaça, atrasa, impede a concretização desse plano. Minayo (1997) afirma que o contrário de violência é justamente a valorização da vida e a própria cidadania, Agudelo (1997, p. 52), por sua vez, afirma categoricamente “saúde é questão de cidadania”. Assim, o reconhecimento do sujeito de direitos brasileiro deve ser proporcional ao reconhecimento da violência como ameaça desse sujeito.

Aqui, o recorte desse “sujeito” são as mulheres brasileiras, e ao delimitarmos isso estamos necessariamente olhando para uma luta específica por cidadania marcada pela desigualdade de gênero. A cidadania feminina em igualdade à masculina também foi reconhecida pela Constituição Federal de 1988 e, até chegar nesse momento, a história soma marcos de lutas que vão distanciando as mulheres de um lugar de “juridicamente incapaz” e de cidadania passiva (MARQUES, 2019; ALMEIDA; PERLIN; VOGEL, 2020). Essa história que posiciona a mulher de forma insistentemente “um passo atrás” na paridade de direitos e, portanto, da cidadania, é parte do debate da violência de gênero (ALMEIDA; PERLIN; VOGEL, 2020), sendo necessário entender como ela se relaciona com esse fenômeno. Novamente e mais especificamente: o reconhecimento da mulher enquanto sujeito de direitos deve ser proporcional ao reconhecimento da violência como ameaça à sua cidadania.

### 3.2 PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS

A OMS afirma que a principal contribuição do Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, de 2002, foi uma argumentação fortalecida sobre a possibilidade de prevenir a violência e reduzir seus impactos por meio de planejamento e financiamento adequado (WHO, 2008). A compreensão dessa possibilidade, ou seja, da prevenção da violência, encoraja um cenário de maior esforço e organização internacional sobre este desafio, e pressupõe um entendimento que o posiciona dentro dos limites de ações do campo da saúde.

A prevenção de doenças e agravos está dentro das condutas do complexo saúde-doença e, segundo Sergio Arouca (2003, p. 31), “tem por objetivo imediato a não ocorrência do processo doença”. Este autor afirma que a conduta preventiva é parte da evolução da medicina

em si, e reflete a racionalidade histórica diante das questões sobre como as pessoas adoecem e como é possível intervir nesses processos. A tese de Arouca, finalizada em 1975, se organiza a partir da compreensão e crítica da Medicina Preventiva, a qual explica a prevenção enquanto “uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 17).

Paulo Buss (2003) descreve enquanto “um ponto crítico no debate” os limites conceituais entre promoção e prevenção, defendendo que a prevenção busca evitar enfermidades e agravos enquanto objetivo final, sendo assim, “orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco” (BUSS, 2003, p. 33). Afirma ainda, que, no planejamento de políticas públicas, as duas estratégias são complementares.

Não há pretensão de dar conta de tal crítica nesta pesquisa, mas sim realçar o quão caro é tal debate sobre prevenção e suas racionalidades para a prática do profissional de saúde. Pois, a racionalidade que permite direcionar a prevenção para o combate à violência vai marcar as condutas tomadas para o seu enfrentamento, as quais estarão densamente ligadas aos conceitos produzidos a partir dessa. De forma geral, a “explicação teórica se reveste de grande importância, entre outras coisas, pelo fato de oferecer elementos que propiciam/inspiram algum tipo de enfrentamento e solução do problema em pauta” (MELO, 2010, p. 15).

Dina Czeresnia (2003) afirma que é difícil um conceito ou teoria dar conta da totalidade dos fenômenos da saúde e doença, criando uma fragmentação do pensamento, ainda assim, defende que “não há como produzir formas alternativas de atenção à saúde que não busquem operacionalizar conceitos de saúde e doença” (CZERESNIA, 2003, p. 47). Silva, Schraiber e Mota (2019) se posicionam a favor dessa determinação dos conceitos para superar a aparência dos fenômenos, e afirmam que apreendemos e intervimos na realidade a partir deles. Em um estudo documental sobre o conceito de saúde para a Saúde Coletiva, os autores destacam que a ausência de uma significação clara para esse conceito abre espaço para naturalização das determinações sociais da saúde.

Quando esticamos este argumento para os modelos explicativos da violência, Imura e Silveira (2010, p. 48), esclarecem que:

Ao selecionar as ideias principais de cada teoria, seus principais representantes, suas principais proposições teóricas e conceitos, bem como sua aplicação empírica e as críticas mais relevantes, pretende-se explicitar não somente a diversidade dos modelos explicativos, mas também evidenciar a variedade dos fundamentos (ainda que implícitos) do debate relacionado à prevenção da criminalidade e, por conseguinte, da formulação de políticas públicas e da alocação de recursos públicos. **O debate teórico tem, portanto, claras implicações práticas** (grifo nosso).

Ou seja, ao resgatarmos a necessidade desse debate, buscamos condições de fundamentar uma análise sobre as práticas atuais de prevenção da violência, tanto em nível técnico quanto de políticas que as norteiam.

Silva e Malta (2010) escrevem sobre o processo de incorporação da prevenção da violência nas políticas públicas de saúde brasileiras e contam que a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, de 2001, marcou o trajeto que este tema percorreu dentro do Ministério da Saúde (MS). A política se baseia na ideia de que “quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população” (SILVA; MALTA, 2010, p. 89-90). Entretanto, as autoras explicam que a real ênfase na prevenção aconteceu a partir do momento que Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), dentro da Secretaria de Vigilância em Saúde, assumiu a frente da política – até então, apesar da promoção e prevenção serem destaques na política, as ações se restringiam ao nível assistencial para vítimas de violência (SILVA; MALTA, 2010).

No ano seguinte, a Portaria GM/MS no 936, de 18 de maio de 2004, estrutura a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde e implanta os Núcleos de Prevenção à Violência (NPV) em Estados e Municípios. A Rede Nacional traz praticidade na formulação de ações de prevenção da violência dentro das secretarias de saúde, sendo os Núcleos parte dessa rede para articulação local (SILVA; MALTA, 2010). Entre os objetivos da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde se destacava a ideia de fomentar a pesquisa e disseminar de conhecimentos de práticas exitosas e trocar experiências de gestão, práticas e políticas públicas (BRASIL, 2004). A Rede, segundo a OMS (WHO, 2008), se faz essencial enquanto estratégia de prevenção da violência, não só entre os níveis de gestão e atenção à saúde, mas também intersetorial.

De acordo com Silva e Malta (2010), compreendemos que o trajeto percorrido pelas temáticas dentro das estruturas de gestão determina sua expressão em políticas públicas e, consequentemente, atuação técnica dos profissionais. Portanto, torna-se relevante observar como a pauta da prevenção da violência está representada e distribuída entre ministérios e secretarias. Atualmente, acompanhamos uma transição de gestão nacional, na qual destacamos a recriação do Ministério das Mulheres, o qual havia sido incorporado por outras pastas, e desta vez com uma Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres. Suas competências estão voltadas para formulação, implementação, avaliação, planejamento, execução e orientação de políticas e projetos de enfrentamento à violência contra as mulheres (MINISTÉRIO DAS MULHERES, 2023).



Ainda em um cenário recente, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 foi publicado enquanto instrumento de apoio para o planejamento em saúde, com objetivo de fortalecer o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), violências e acidentes (BRASIL, 2021). O Plano de Ações Estratégicas tem como meta até 2030, entre outras, reduzir em 1/3 a violência interpessoal (incluindo a violência contra as mulheres) e impedir o crescimento da violência autoprovocada. Vale ressaltar, que este plano é uma atualização do anterior (2011-2022), e está vinculado à agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e com as recomendações internacionais de prevenção Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

Assim, a prevenção da violência vem sendo contemplada nas políticas públicas brasileiras dos últimos 30 anos, ainda que em maior ou menor ênfase, faz parte dos planos de desenvolvimento nacionais e de cuidado em saúde. Nota-se a tendência entre os documentos nacionais ao incentivo de pesquisa e sistematização de práticas exitosas na temática da prevenção para o enfrentamento das violências. Este trabalho de pesquisa se organiza considerando tal perspectiva, sendo então, parte de uma estratégia na busca por redução dos índices de violência.

### 3.3 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A violência contra as mulheres é uma questão global, atinge proporções pandêmicas e segue sendo um grande problema de saúde pública (WHO, 2021). O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) traz evidências quanto ao aumento da violência letal contra públicos específicos, entre eles as mulheres (IPEA, 2019). Em relatório recente, a OMS (WHO, 2021) expõe a prevalência de violência contra as mulheres no mundo olhando para duas formas mais comuns: a VPI e a violência sexual de modo mais abrangente, perpetrada por “não-parceiros”. Este estudo se vale de dados de pesquisas especializadas nestes tipos de violência e pesquisas de saúde em escalas nacionais, concluindo que, em média, 1 a cada 3 mulheres maiores de 15 anos sofreram um ou ambos os tipos de violência no ano de 2018. O relatório traz luz para a compreensão de que, apesar dos avanços na luta contra estas violências, o progresso se dá de forma muito lenta e ações para efetivar sua eliminação devem ser aceleradas. Ainda, em nível de conclusão, pontua-se a desigualdade da prevalência entre os países enquanto uma evidência clara sobre a evitabilidade da violência e, portanto, a possibilidade de aplicar ações de prevenção:

As variações na prevalência da violência observadas dentro e entre países e regiões destacam o fato de que essa violência não é inevitável e que pode ser prevenida. As variações regionais e nacionais também destacam a necessidade de abordar esta questão com políticas e programas em todos os níveis, adequados a cada contexto e população (WHO, 2021, p. 13, tradução nossa).

O estudo ressalta a pandemia do Coronavírus (COVID-19) enquanto um fator de agravamento dos casos, apesar dos dados consolidados serem de 2018 e já caracterizados como significativamente altos – e o estado pandêmico ser deflagrado no início do ano de 2020 (WHO, 2020). Explica que medidas tomadas para enfrentar a pandemia levaram ao aumento de denúncias da violência doméstica, e serão necessárias novas pesquisas para medir seus impactos reais (WHO, 2021). De acordo com a OPAS, “o estresse, a desintegração das redes sociais e de proteção e o acesso mais restrito aos serviços podem exacerbar o risco de violência para as mulheres” (OPAS, 2020, p. 1), e orienta que os serviços de saúde desempenham um importante papel na contenção desse risco na medida em que se mantêm acessíveis para essa população sob regime de isolamento.

A prevalência de violência contra as mulheres no mundo se apresenta com grande variação entre regiões e países, ainda assim a violência entre parceiros íntimos é muito alta na maioria dos lugares. Estima-se que 25% das mulheres da América Latina e Caribenha, entre 15 e 49 anos, sofreram VPI pelo menos uma vez durante a vida. Esta estatística não é a mais alta entre as regiões, e a média global está em 27% (WHO, 2021). O estudo da OMS relaciona a prevalência ao desenvolvimento do país e região, sendo que aqueles “menos desenvolvidos” revelam os números mais expressivos. O Brasil está contido no grupo de países de renda baixa e média, e apresenta uma média de 23% de mulheres dentro deste recorte etário que sofreram VPI durante a vida.

Em 2011, a Fundação Perseu Abramo publicou uma pesquisa importante sobre violência doméstica no Brasil – entre outras questões a respeito de mulheres brasileiras nos espaços públicos e privados – com resultados impactantes que fundamentaram estudos e investigações por vir, incluindo o relatório final da CPMI do Senado de 2013 (MELO; MELO 2016). Nesta pesquisa de opinião, 40% das mulheres entrevistadas afirmaram já terem sofrido algum tipo de violência durante a vida, sendo 24% de forma física ou ameaça à integridade física, 23% psíquica ou verbal e 10% sexual (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). De forma geral, as estimativas mais uma vez revelam a morosidade do processo de transformação social para o enfrentamento da violência, quando comparadas com estudo semelhante feito por essa mesma instituição em 2001 (MELO; MELO, 2016).

O relatório final da CPMI de 2013, com a “finalidade de investigar a situação da violência contra as mulheres no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência” (COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO, 2013, p. 1), explica que este processo resulta de um cenário de aumento de 217,6% dos casos de homicídios contra as mulheres no Brasil nos últimos 30 anos, e até aquele ano o país era o 5º na posição de nações que mais matam mulheres no mundo (WAISELFIZ, 2015). Em 2019, a taxa de homicídios de mulheres é de 3,5 por 100 mil habitantes (IPEA, 2019). O Atlas da Violência, desenvolvido pelo IPEA, concluiu crescimento, entre 2007 e 2017, de 20,7% na taxa (por 100 mil habitantes) de violência letal contra mulheres no Brasil. Quando esta taxa é analisada sob perspectiva racial, a diferença é bastante expressiva, sendo que “a taxa de homicídios de mulheres não negras teve crescimento de 4,5% entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu 29,9%.” (IPEA, 2019, p. 38).

Ainda de acordo com o Atlas de Violência, não se sabe ao certo o que essas taxas representam para o fenômeno do feminicídio (IPEA, 2019). A Lei 13.104/2015, conhecida como Lei do feminicídio, institui uma qualificadora ao crime de homicídio, aumentando as margens da pena atribuída a este, produzindo efeitos político e práticos para o reconhecimento da violência de gênero (MACHADO; ELIAS, 2018). Na tentativa de transformar estas taxas de homicídios de mulheres em um olhar mais específico sobre o feminicídio – considerando que o reconhecimento deste é recente e isso transforma não só as ocorrências em si, mas também o reconhecimento delas dentro das notificações – o relatório final do Atlas da Violência cruza os dados de homicídios com o do local da ocorrência, especificamente a residência, apostando em um vislumbre sobre aqueles casos motivados pelo gênero. Conclui que:

Possivelmente, a redução de homicídios de mulheres fora da residência esteja refletindo a diminuição gradativa da violência geral que tem se expandido cada vez mais para um maior número de unidades federativas. Por outro lado, o crescimento dos casos que ocorrem dentro das residências deve ser reflexo do aumento de casos de feminicídios, efetivamente. Note-se ainda que o crescimento mais acentuado nos últimos dez anos tem sido na taxa homicídios dentro das residências, com o uso da arma de fogo, que cresceu 29,8% (IPEA, 2019, p. 40).

Diante das estimativas recentes, é importante observar aquilo que a OMS (WHO, 2021) entende ainda como “principais lacunas e desafios para precisar as estimativas de prevalência”, sendo estas essencialmente problemas metodológicos e desigualdade de base de dados, os quais culminam em limites para confiabilidade e comparação de dados. Pontua-se a falta de padronização de definições, conceitos e medidas; heterogeneidade e desagregação dos recortes de pesquisa, variáveis e amostras, fragmentação e imprecisão de base de dados; fragilidades nas

coletas de dados; além de uma grande desigualdade de cobertura das pesquisas entre as regiões. O primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde produzido pela OMS, em 2002, já acusava tais limites, e orientava sobre como a melhoria das pesquisas precisam estar atreladas à segurança das vítimas, baseando-se em diretrizes éticas e medidas padronizadas, aumentando a possibilidade de comparabilidade dos dados (KRUG et al., 2002).

### **3.3.1 Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**

O enfrentamento da violência contra as mulheres sempre esteve em vanguarda na construção da compreensão da violência como um problema intersetorial (MINAYO, 2006) e, portanto, deve ser pautado e enfrentado em diferentes esferas e setores sociais. A PNEVCM foi elaborada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, o qual tem um capítulo dedicado ao tema do enfrentamento à violência (BRASIL, 2011a), e contempla tal amplitude de ações expressas em seus eixos estruturantes. Também está orientada pela estratégia de gestão organizada como Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres de 2007. Estes documentos estão fortemente ligados e apresentam-se como produto da próspera movimentação política a partir do ano 2003, com a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres.

A PNEVCM conceitua o enfrentamento como “implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões” (BRASIL, 2011a, p. 25). O documento se estrutura em quatro eixos: combate e enfrentamento, prevenção, assistência e garantia de direitos (Figura 1). Estes eixos atravessam as ações de prioridade propostas pela política, que por sua vez são atravessados pelos princípios e diretrizes desta. A política ressalta a necessidade de um monitoramento das ações de enfrentamento à violência contra as mulheres, pois os quatro eixos da política dependeriam de uma avaliação sistemática para serem garantidos (BRASIL, 2011a).

Figura 1 – Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres



Fonte: BRASIL, 2011a

Destaca-se as ações prioritárias desta política como intersetoriais, enquanto um esforço importante de abranger a magnitude do fenômeno da violência contra as mulheres.

Portanto, o conceito de violência contra as mulheres, que tem por base a questão de gênero, remete a um **fenômeno multifacetado, com raízes histórico-culturais, é permeado por questões étnico-raciais, de classe e de geração**. Nesse sentido falar em gênero requer do Estado e dos demais agentes uma **abordagem intersetorial e multidimensional** na qual as dimensões acima mencionadas sejam reconhecidas e enfrentadas. Além do mais, uma política na área de violência contra as mulheres exige uma atuação conjunta para o enfrentamento do problema, que envolva diversos setores, tais como: a saúde, a educação, a assistência social, a segurança pública, a cultura, a justiça, entre outros; no sentido de dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e de garantir a integralidade do atendimento àquelas que vivenciam tal situação (BRASIL, 2011a, p. 21, grifo nosso).

Fica evidente a diligência pela ampliação da natureza das ações de enfrentamento à violência contra as mulheres, o que caracteriza fortemente este tipo de política voltada para questões estruturais da violência, que superem os formatos mais comuns e superficiais de luta. O delineamento de um conceito de gênero e da compreensão da violência motivada por diferenças entre gêneros é parte importante da construção de uma frente abrangente de ações, pois garante que se alcance, ou busque alcançar, as determinações mais enraizadas em nossas estruturas sociais. Tanto o Pacto quanto a Política Nacional pontuam as relações de gênero como parte do enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1. TIPO DE ESTUDO:

O presente estudo consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa e caráter descritivo, do tipo documental. Objetiva-se analisar estratégias de prevenção das violências contra as mulheres no SUS consolidadas em relatos de experiências apresentados e publicados no 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres. Gil (2002, p. 42) afirma que as pesquisas descritivas são priorizadas por “pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática”, e considera-se a documentação produzida neste evento como uma oportunidade de acessar e sistematizar tal atuação voltada para práticas de prevenção de violência contra as mulheres no âmbito da saúde.

A pesquisa documental se aproxima da pesquisa bibliográfica em diversos aspectos, mas diverge essencialmente quanto a fonte e natureza dos dados. Explica que dados de “primeira mão”, ou ainda, aqueles que não receberam nenhum tipo de tratamento analítico e são considerados primários, estão associados a pesquisa documental (GIL, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2003). Ainda sobre a natureza dos dados, Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) afirmam que, enquanto a pesquisa bibliográfica analisa documentos de domínio científico, a pesquisa documental estica o próprio conceito de documento e se vale de diversas fontes de informações que tragam conteúdos pertinentes e esclarecedores para as questões do pesquisador.

Assim, o conceito de documento é determinante para caracterizar a pesquisa documental. Para André Cellard (2008, p. 296) documento é “tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho, é considerado como documento ou ‘fonte’”, não se restringindo apenas a escritos, mas abrangendo uma multiplicidade de formatos e fontes. Os documentos estão para consulta, estudo ou prova, e dão fundamentos para os pesquisadores alcançarem seus objetivos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Entre limitações e potencialidades, o que um documento pode agregar a uma investigação científica não está dado, e Cellard (2008) explica que vai da habilidade e fundamentação teórica do pesquisador para superar limitações impostas pelas condições do documento – os quais são de natureza dura e impossíveis de serem transformados, para então torná-los em fontes de informações. Para isso, o autor aponta algumas dimensões que precisam ser consideradas à luz dos questionamentos do pesquisador: contexto, autoria, autenticidade e confiabilidade, interesses, natureza, conceitos chave e a lógica interna do documento.

A partir desse panorama busca-se a construção de sentidos e saberes significativos, os quais somados à persistência e bases teóricas do pesquisador possibilitam “[...] o momento em que uma soma de ideias ou de pensamentos se une para formar uma explicação, em que um

certo raciocínio se constrói repentinamente, e em que uma ligação se estabelece entre vários fatos e faz-se à luz” (CELLARD, 2008, p. 305). Contudo, adverte:

[...] atenção ao pensamento mágico, pois esse momento crucial da análise, esse ‘clique’ não se ensina de fato; trata-se de uma aptidão que se cultiva e se desenvolve; ela é, em geral, o fruto de reflexões, leituras, discussões com outros pesquisadores etc. (p. 305).

As limitações deste tipo de pesquisa podem estar no nível do *corpus* documental, como uma não representatividade ou autenticidade, e, como já foi dito, na impossibilidade de mudar essa fonte de informações por vezes incompleta ou imprecisa. Cabe novamente ao pesquisador situá-los em um arcabouço teórico para que seu conteúdo seja entendido (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009) e não fique submetido ao “pensamento mágico” descrito acima. Ainda sobre a postura do pesquisador, Braun e Clarke (2013) explicam que apesar de não existir apenas uma resposta ou caminho durante o desenvolvimento da pesquisa qualitativa, isso não significa falta de critério científico ou que “vale tudo”, pois a parcialidade deste deve ser assumida e incorporada no contexto da análise, sem deixar de ter compromisso com referencial teórico e metodológico. Vale reforçar:

Trata-se de quando se redige que os temas “emergem” dos dados, “brotam” dos dados ou deles “surgem”. Essa é uma postura passiva com relação ao papel do pesquisador, como se sua visão analítica fosse tão somente um detalhe no processo de geração dos temas e desenvolvimento da análise. Na verdade, se os temas “emergem” de algum lugar, emergem do trabalho científico do pesquisador, que congrega experiência, teoria, insights, ideias, enfim, uma intencionalidade que deve ser reconhecida em contraponto a uma suposta neutralidade científica conforme outrora se entendia (SOUZA, 2019, p. 62).

Assim, de forma geral, é fundamental reconhecer esses limites para não exigir dos documentos, e da pesquisa documental em si, aquilo que não podem fornecer. Esta, por vezes, contribui com a visibilidade e esclarecimento de certo fenômeno, precedendo outros tipos de pesquisa, entretanto não conduz a uma resolução definitiva deste (GIL, 2002).

Considerando as orientações teóricas dos autores sobre a pesquisa qualitativa e documental, este trabalho se dedica sobre os documentos publicados no 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres, a fim de conhecer e analisar estratégias de prevenção, consolidadas por profissionais do SUS, no enfrentamento a violência contra as mulheres. Aproveita-se da oportunidade que tais registros proporcionam no dimensionamento das ações em investigação dentro de certa temporalidade, ou seja, “[...] graças ao documento, pode-se operar um corte longitudinal que favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, etc. (CELLARD, 2008, p. 295).

#### 4.2. ORIGEM E COLETA DE DADOS:

O 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres aconteceu em formato online, em 27 e 28 de julho de 2021, organizado por uma comissão científica vinculada ao Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. O Seminário se propôs reunir experiências de profissionais da saúde em âmbito nacional na prevenção da violência contra as mulheres e na atenção às mulheres vítimas de violência, com objetivo de dar visibilidade as experiências de boas práticas de atenção à saúde das mulheres que contemplassem o combate à violência, reforçando a importância da integralidade e coordenação do cuidado. Foi oferecida premiação enquanto a oportunidade de publicar o trabalho no formato de artigo em uma revista científica.

Foi divulgado edital de inscrição (ANEXO A) com premiação de boas práticas em 01 de junho de 2021, além do formulário (ANEXO B) a ser preenchido pelos autores de práticas implementadas no tema proposto. A divulgação ocorreu de forma eletrônica, por meio de redes sociais e página oficial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), entre 01 de junho e 30 de junho de 2021. O formulário eletrônico foi acessado pelo participante que desejasse inscrever seu trabalho, sendo solicitado alguns dados de identificação e informações da iniciativa: justificativa, objetivos, data de término ou previsão de término, local, público-alvo, implementação e resultados. Ao final, o participante declarava sua disponibilidade de apresentação e gravação do relato de experiência.

Após período de inscrição, a comissão científica, composta por sete pesquisadores da área de saúde coletiva e violências, se dedicaram a avaliar os trabalhos que comporiam as 15 experiências exitosas a serem apresentadas no evento, de acordo com os seguintes critérios: a. alinhamento com os princípios e diretrizes do SUS e com as diretrizes, objetivos e ações prioritárias da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (30 pontos); b. caráter inovador (20 pontos); c. reprodutibilidade em outras realidades (20 pontos) e d. relevância dos resultados (30 pontos). Foi considerado iniciativa com caráter inovador aquela iniciativa que inova na maneira de criar estratégias ou caminhos diferentes daqueles habituais utilizados para o enfrentamento da violência contra as mulheres. A inovação não estaria ligada necessariamente à invenção de novos produtos, serviços ou tecnologias, mas também à criação de modos diversos de organizar e otimizar serviços com os recursos já existentes.

Os trabalhos foram avaliados por cada membro da comissão de forma individual, os quais atribuíram notas entre zero e 100, de acordo com tais critérios. A partir da avaliação dos



formulários, foi traçada média entre as notas dos avaliadores, das quais 15 maiores notas foram selecionadas para etapa de apresentação online no Seminário.

Os documentos utilizados nesta pesquisa se restringiram à totalidade de trabalhos aprovados e apresentados no 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres. Estes trabalhos apresentados estão formatados em 15 relatos de experiência de profissionais de saúde mais dois vídeos de apresentação destas experiências gravados e disponíveis na plataforma *Youtube*, além de busca livre na internet sobre as experiências, sua repercussão e seus produtos. Estes documentos não receberam nenhum tratamento analítico além da comissão avaliadora para inclusão no Seminário. Por se tratar de uma pesquisa documental, restrita à produção das experiências disponíveis e públicas, não foi necessário submissão da pesquisa à avaliação de comitê de ética.

#### 4.3 ANÁLISE DE DADOS:

A análise em pesquisa qualitativa, de acordo com Gomes (2002), tem a finalidade de compreender dados coletados, confirmar ou não pressupostos e hipóteses, e ampliar conhecimento sobre determinado tema. Minayo (2012) afirma que a boa análise qualitativa se sustenta em um tripé de teoria, método e técnicas, somado ainda à capacidade do pesquisador em dar profundidade para sua investigação. A elaboração científica proposta nesta pesquisa compreende o debate qualitativo dentro dos estudos de saúde enquanto pertinente e necessário diante da complexidade do objeto, o qual não se sustenta apenas em métricas quantitativas (MINAYO, 2007). Considerando então o “caráter peculiar de abrangência das ciências que compõem o campo da saúde, as teorias sobre pesquisa qualitativa [...] se articulam num modo maior, guardando distinção e contribuindo para o maior atendimento dos problemas práticos envolvidos” (MINAYO, 2007, p. 28-29).

A pesquisa se debruça sobre documentos que relatam experiências exitosas no âmbito da saúde para o enfrentamento da violência contra as mulheres a partir desta perspectiva qualitativa – sendo o campo da experiência e vivência estruturantes deste tipo de pesquisa (MINAYO, 2012), e está orientada pela compreensão de análise de materiais qualitativos com funções heurísticas; de administração de provas de determinada teoria/hipótese; e a superação do espontaneísmo ingênuo (MINAYO, 2007). Compreende-se que a pesquisa está interessada na potência do registro que a perspectiva qualitativa imprime sobre os documentos analisados, uma vez dedicada a encontrar uma estrutura organizadora da “confusão da vida real” que permita sua interpretação e análise (BRAUN; CLARKE, 2013).

Para estruturar tal organização, utiliza-se a Análise Temática (AT) orientada pelas autoras Virginia Braun e Victoria Clarke (2006). Autores destacam o método da AT por seus aspectos singulares: Minayo (2007) descreve a AT enquanto mais apropriada para investigações qualitativas em saúde; Alhojailan (2012) a considera apropriada para estudos de descoberta a partir de interpretação, possibilitando a compreensão das questões de forma ampla; Braun e Clarke (2013) explicam que é um método único por não pressupor um formato de pesquisa, coleta de dados ou referencial teórico, se tornando altamente flexível para responder perguntas de pesquisa com tipos de dados muito diversos.

De forma geral, a “análise temática (AT) é um método para identificar e interpretar padrões de significado em dados qualitativos” (BRAUN; CLARKE, 2014, p. 6626, tradução nossa), estes padrões serão organizados e analisados enquanto temas. Trata-se de uma estratégia de redução dos dados qualitativos, categorizando-os e reconstruindo-os de forma que esses núcleos de sentido, bem como suas características adjacentes durante a comunicação, sejam evidenciadas e somadas enquanto um prisma sobre o objeto em estudo (AYRES, 2008).

De acordo com Ayres (2008), a AT é “[...] principalmente uma estratégia descritiva que facilita a busca de padrões de experiência dentro de um conjunto de dados qualitativos; o produto de uma análise temática é uma descrição desses padrões e o desenho abrangente que os une” (p. 867, tradução nossa).

Devemos considerar este tipo de análise por sua potência de apontar respostas para uma interpretação consistente dos dados; flexibilidade de aplicação e condução; adequação para analisar diferentes tipos de dados e de momentos de coletas diferentes; por possibilitar evidências lógicas a partir da sistematização de padrões e categorização e por ser acessível para pesquisadores iniciantes e para o público leitor (ALHOJAILAN, 2012; BRAUN; CLARKE, 2013, SOUZA, 2019).

A noção de tema se torna central nesse método, as autoras Braun e Clarke (2006) destacam que essa unidade de análise se constrói na relação dos dados com as perguntas de pesquisa, um processo que vai trazer luz para algum tipo de padrão dentre os documentos analisados. Este padrão não está necessariamente vinculado a uma prevalência, mas sim por sua potência de capturar sentidos. Bons temas são caracterizados por uma homogeneidade interna e heterogeneidade externa (BRAUN; CLARKE, 2006; SOUZA, 2019), ou seja, os dados precisam se conectar de forma significativa dentro de cada tema e ter distinção clara entre temas diferentes.

Ainda sobre os temas, Ayres (2008) nos leva a compreensão que essas categorias não são estáticas, mas notoriamente dinâmicas, posto sua constituição e/ou reconstituição acontecer

no avançar da análise de dados. Este processo pode ser infinito e precisa de certa cautela e habilidade do pesquisador em perceber quando a etapa de refinamento dos temas não está sendo mais produtiva e deve ser encerrada (BRAUN; CLARKE, 2006).

Os documentos analisados na pesquisa foram submetidos às etapas propostas pelas autoras Braun e Clarke (2006; 2014; 2022), tendo como apoio o material desenvolvido por Souza (2019), que, não só traduz conceitos importantes dos trabalhos das autoras, mas também sintetiza tal conhecimento.

- *Etapa 1 – Familiarização com os dados:*

Processo de imersão com os dados, marcado pelo movimento de ler e reler os trabalhos apresentados e assistir os vídeos de apresentações de forma ativa, ou seja, procurando por significados, fazendo anotações e criando rascunhos com ideias. Foi feito resumo e anotações sobre impressões de cada trabalho, somando vídeo e formulário da experiência exitosa. Também foi realizada uma busca livre e simples na internet (buscador do *Google*), utilizando o nome do trabalho e dos locais de referências, quanto à repercussão e desdobramentos documentados e disponíveis online sobre as experiências.

- *Etapa 2 – Gerando códigos iniciais:*

Processo de identificar possíveis fragmentos significativos nos dados, as autoras afirmam que isto pode ser feito com base nos próprios dados ou em leitura prévia, gerando inicialmente uma lista com característica e aspectos considerados relevantes para a proposta da pesquisa e fundamentação teórica. Durante o levantamento de códigos, delimitou-se alguns padrões nos documentos, a partir dos quais foi construído um quadro com **eixos organizadores** dos códigos (Quadro 1).

Quadro 1 – Eixos organizadores da busca por temas

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Eixo 1 – Da expectativa | Trechos que tragam os objetivos, intenção das autoras(es), do que se procura desenvolver/transformar com a experiência, do nível da expectativa.      |
| Eixo 2 – Do processo    | Trechos que tragam a implantação da experiência, o descritivo do “como”, ações concretas, de que forma se construiu o processo, do nível do processo. |
| Eixo 3 – Do resultado   | Trechos que descrevam efeitos, o que se observou de a partir da experiência, mudanças, do nível dos resultados.                                       |

Fonte: Dados elaborados pela autora (2023).

A construção do quadro se deu destacando esses fragmentos significativos dos documentos escritos, formando 15 linhas de experiências exitosas e 3 colunas com recortes de trechos diretos que se encaixavam nos eixos (Quadro 2). Os códigos iniciais não têm obrigatoriedade de compromisso com os temas produzidos posteriormente, e foram utilizados como direcionamentos das próximas fases.

Quadro 2 – Demonstrativo do quadro para gerar códigos iniciais

| Experiências | Da expectativa                                       | Do processo | Do resultado |
|--------------|--|-------------|--------------|
| Título 1     | “Trechos diretos recortados dos documentos escritos” |             |              |
| Título 2     |  |             |              |

Fonte: Dados elaborados pela autora (2023).

- *Etapa 3 – Buscando temas:*

Neste momento os códigos iniciais podem ser organizados para tornarem-se possíveis temas, olhando para como esses códigos podem se combinar trazendo luz para as questões da pesquisa. As autoras afirmam que não existe uma única maneira de fazer isso, e é necessário manter a proposta da pesquisa como norte para organizar o processo. Foi utilizado o quadro com os códigos organizados em eixos, dessa vez com uma “leitura vertical” destes, ou seja, olhado para as colunas em busca de compartilhamento de significados entre as quinze estratégias analisadas. Nesta leitura vertical, interessada na análise e organização de padrões para construção de potenciais temas, foi utilizado recurso visual com destacamento de cores, e temas foram sendo desenhados na construção de legendas para cada cor aplicada sobre os sentidos encontrados nos códigos.

Foram utilizadas inicialmente seis cores e, posteriormente, reduzidas para três a partir do processo analítico de assimilação dos temas. O Quadro 3 demonstra as ideias destacadas e sistematizadas a partir dos códigos iniciais separadas por sua cor.

Quadro 3 – Sistematização dos padrões por cores

|       |  |
|-------|--|
| Verde | Expectativas sobre capacitar, informar, preparar, educar (técnicos e sociedade); processos de desenvolvimento de eventos de educação em saúde e educação |
|-------|--|

|      |  |
|------|--|
|      | permanente (palestras, rodas, lives, debates, manifestações) e resultados para os técnicos e sociedade (capacitação, troca de saberes).  |
| Azul | Expectativas sobre atender, acolher, proteger, promover acesso (mulheres/vítimas); processos de possibilitar atendimento direto às usuárias (individual, coletivo, online ou presencial) e resultados quanto ao desenvolvimento pessoal e social (autonomia, renda, empoderamento, rede de apoio, fortalecimento, rompimento de ciclos de violência, conscientização). |
| Rosa | Expectativas sobre criar tecnologias (densidade leve, leve-dura e dura) e fortalecimento/organização de rede; processos de organização de processo de trabalho e produção de tecnologias para rede e resultados para a rede (organização de processo de trabalho, fortalecimento, criação de tecnologias).   |

Fonte: Dados elaborados pela autora (2023).

- *Etapa 4 – Revisando temas:*

Processo de revisar o material construído até aqui, revendo se os possíveis temas são consistentes tanto em relação a eles mesmos, ou seja, se existe uma coerência interna que captura as características mais importantes dos dados codificados, quanto em relação ao conjunto de dados analisados. Desta forma, as autoras incentivam retornar para uma leitura desses documentos, a qual foi realizada voltando-se para todos os documentos – inclusive os complementares como vídeos das apresentações e materiais encontrados em buscas livres na internet.

Neste momento, retomando os trechos pintados de acordo com os padrões analisados em etapas anteriores, também foi realizada uma separação desses trechos por cores, formando três novos quadros monocromáticos e, ao mesmo tempo, “monotemáticos” (Quadro 4). Desta forma ficou mais ilustrado o tema que estava sendo desenhado, possibilitando o levantamento de questões de análise e discussão.

Quadro 4 – Demonstrativo de quadros com trechos padronizados por cor

| Número da Experiência | Da expectativa                          | Do processo | Do resultado |
|-----------------------|---|-------------|--------------|
| 1                     | “Trechos diretos grifados da mesma cor” |             |              |
| 2                     |   |             |              |

Fonte: Dados elaborados pela autora (2023).

- *Etapa 5 – Definindo e nomeando temas:*

O processo de nomenclatura dos temas levantados pelas etapas anteriores se deu em perspectiva ao objetivo de pesquisa. As autoras afirmam que nesta fase é feito o maior trabalho interpretativo, quando é necessário reproduzir a complexidade dos temas em descritivos informativos e envolventes. Os temas precisam entregar uma essência nesse momento de definição e nomenclatura, os quais ainda podem ser divididos em subtemas quando necessário, trazendo uma hierarquia para sistematização da “história” a ser contada. Com base na análise realizada, foram delineados três temas (Quadro 5) a serem desenvolvidos nos resultados.

Quadro 5 – Temas desenvolvidos na quinta etapa metodológica

|        |  |
|--------|--|
| Tema 1 | EDUCAÇÃO como protagonista da transformação social |
| Tema 2 | Acesso à ASSISTÊNCIA como direito universal        |
| Tema 3 | REDES e TECNOLOGIAS para o cuidado integral        |

Fonte: Dados elaborados pela autora (2023).

- *Etapa 6 – Produzindo o relatório:*

A fase final acontece na produção de um relatório descritivo e argumentativo sobre os dados analisados. Esta construção precisa ser feita com exemplos que capturem a essência do argumento em discussão, trazendo coerência e lógica para os resultados. Este momento está essencialmente descrito nos resultados e discussão, mas perpassa todo o trabalho de pesquisa, o qual precisa acompanhar a narrativa construída a partir dos dados e referencial teórico.

Foi realizado breve descritivo das experiências analisadas, considerando as características observadas desde a construção de códigos iniciais, para então desenvolver o registro da análise dos temas (Quadro 5), fundamentado nos próprios excertos das experiências e em referências bibliográficas que contemplem os conceitos protagonistas de cada tema.

Postas as seis etapas da AT demarcadas pelas autoras, vale ressaltar uma parte importante do movimento do pesquisador sobre elas. A pesquisa qualitativa é um processo não linear (BRAUN; CLARKE, 2013), que envolve o “vai-e-vem” sobre os dados e certa flexibilidade na execução das etapas (ALHOJAILAN, 2012; SANTOS, 2019), permeadas por leituras prévias e adjacentes, que vão sustentar a construção dos temas e toda análise. O produto da AT está tanto no processo quanto nos conceitos desenvolvidos, levando em conta os padrões identificados e seus aspectos contextuais, não se reduzindo ao ato de elencar temas (AYRES, 2008).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

As 15 experiências apresentadas no 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres estão distribuídas em 11 estados brasileiros (Quadro 6), com representantes das 5 regiões do país e destaque para Minas Gerais e Mato Grosso, os quais apresentaram 3 e 2 experiências, respectivamente. Estes trabalhos convergem em temática ampla do enfrentamento da violência contra as mulheres, mas não só, também são majoritariamente produzidos e apresentados por mulheres – apenas 1 trabalho tem autor homem e 6 trabalhos referem homens na equipe.

Outro aspecto marcante entre as experiências é a presença da academia na sua origem ou constituição. Algumas autoras descrevem com mais precisão os atravessamentos acadêmicos na constituição da prática, outras apenas citam como apoio institucional. A academia aparece enquanto grupos de estudos vinculados às universidades, cursos de graduação, programas de residência e outros programas de pós-graduação. Assim, 10 trabalhos se relacionam com os espaços acadêmicos enquanto disparadores, articuladores, apoiadores e viabilizadores da prática. Por outro lado, 5 trabalhos descrevem uma experiência exclusivamente do âmbito do serviço, ou seja, desenvolvidas por espaços assistenciais sem apoio acadêmico.

As autoras principais se caracterizam pela multiprofissionalidade, são em maioria psicólogas (5), enfermeiras (3) e estudantes de medicina (3), mas também há nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e fisioterapeuta. Estas profissionais ocupam posições de gestão em saúde, gestão em espaços acadêmicos, técnicas em Atenção Primária à Saúde, técnicas em centros de atendimento especializados e estudantes de graduação e pós-graduação. Dentre as 5 experiências caracterizadas como exclusivas do âmbito do serviço, uma autora está atuando em nível de gestão, e as outras 4 declararam atuar como técnicas da ponta.

O público-alvo dos trabalhos em geral são as mulheres vítimas de violência, mesmo aqueles que estão mais voltados para um processo educativo de profissionais e estudantes, direcionam seu olhar para a violência contra as mulheres sem marcar especificidades. Os 4 trabalhos que trazem essas especificidades estão voltados para: mulheres da zona rural, mulheres com deficiências, mulheres usuárias de substâncias psicoativas e adolescentes. As violências também não são especificadas na maioria dos trabalhos, sendo 4 específicos quanto

ao enfrentamento da violência doméstica e 3 específicos quanto ao enfrentamento da violência sexual.

Quanto aos prazos e continuidade da ação, até o momento da apresentação, 5 trabalhos são colocados como concluídos e 10 descreveram perspectiva de continuidade. Em maioria, os trabalhos e seus desdobramentos são de fácil acesso a partir de busca livre e simples diretamente no buscador do *Google*, sendo possível descobrir reverberações das experiências exitosas em registros online – como matérias e notícias de jornais, publicações acadêmicas, premiações, páginas em redes sociais como divulgação e instrução, e até os próprios produtos das experiências como cartilhas, manuais e aplicativo de celular. Novamente, 5 trabalhos não trazem tal característica consigo, ou seja, não foram encontrados outros materiais além daqueles produzidos a partir da própria fonte de dados desta pesquisa que é o 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres.

Vale ainda a menção ao contexto pandêmico, iniciado em 2020, como um gerador e atravessador das práticas. Dentre os 15 trabalhos: 3 não citam a pandemia em sua sistematização de ações, 4 descrevem tal contexto enquanto disparador da necessidade da ação e 8 descrevem adaptações e alterações no seu fazer para manter sua atuação no enfrentamento das violências contra as mulheres.

Segue abaixo (Quadro 6) a relação de trabalhos aprovados e apresentados no Seminário Nacional, caracterizando as ações pelo nome, instituições responsáveis, estados onde foram desenvolvidas e breve descritivo.

Quadro 6 – Experiências exitosas apresentadas no 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres

| <b>Título da iniciativa e instituições responsáveis</b>   | <b>UF</b> | <b>Breve descritivo da experiência</b>   |
|---|-----------|--|
| “Projeto Mulher Livre de Violência”, Grupo de Extensão e Pesquisa em Agricultura Familiar (GEPAF) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) | MG        | Experiência desenvolvida a partir de grupo de pesquisa acadêmico com mulheres da zona rural vítimas de violência doméstica. Partem do reconhecimento da necessidade do território e uma desarticulação de rede, além da dificuldade de acesso desta população aos dispositivos protetivos. Objetivam promover enfrentamento da violência com empoderamento feminino, produção de autonomia (inclusive financeira), reconhecimento do protagonismo das mulheres e igualdade de gênero.<br>Descrevem resultado a partir de atividades coletivas, atividades de geração de renda, fortalecimento de vínculos e criação de rede de apoio na comunidade, maior acesso aos conhecimentos sobre igualdade de gênero e outros assuntos importantes para autonomia e saúde. Usam a pedagogia de Paulo Freire como referência. |
| “Projeto Vida na Covid: Telemonitoramento de Mulheres em Situação de Violência Conjugal”,   | BA        | Experiência idealizada e executada a partir do contexto pandêmico, com finalidade de prestar atendimentos por telefone para mulheres vítimas de violência doméstica, as  |



|  |    |   |
|--|----|---|
| Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia  |    | quais estariam ainda mais vulneráveis em momento de isolamento. Encaminhadas por instâncias judiciais, as vítimas eram acolhidas por equipe capacitada vinculados à instituição acadêmica (corpo docente e pós-graduandos coordenando). Trazem resultados vinculados à garantia de acesso aos serviços de saúde e acompanhamento dessa população frente aos agravantes do estado pandêmico para mulheres vítimas de um ambiente violento.   |
| “Implementação da Política de Enfrentamento da Secretaria Violência contra a mulher em Cuiabá”, Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá  | MT | Experiência desenvolvida em âmbito municipal, a partir dos técnicos e gestores, com apoio acadêmico (pesquisa desenvolvida com os dados da experiência). Partem da necessidade do território, com número crescente de casos, despreparo profissional e desorganização do atendimento, desenvolvem ações em nível técnico-pedagógico e clínico-assistencial, com foco na violência doméstica. Referem dificuldades inerentes ao processo de trabalho, e alcançam resultados como capacitação profissional, implantação de fluxos e guias, rede de atendimento, fórum, estudos epidemiológicos. Referem aumento no número de notificações e demanda de atendimentos.  |
| “Atendimento Biopsicossocial de Mulheres Vítimas de Violência Sexual, Familiar e Doméstica: Protocolo de Atendimento Individual por Equipe Multiprofissional na Região Oeste de Saúde do Distrito Federal”, Centro de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) Flor de Lótus (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal) | DF | Experiência de construção de protocolo para atendimento individual de mulheres vítimas de violência sexual ou doméstica, desenvolvido por técnicos de um centro de especialidade do oeste do Distrito Federal. O contexto da pandemia exigiu que os atendimentos presenciais fossem individuais, o protocolo vem para direcionar estes atendimentos e proporcionar debates que antes eram feitos no coletivo, apoio aos profissionais e ampliar escopo do atendimento. Os encaminhamentos acontecem pela rede intra e intersetorial, mas também demanda espontânea. Relatam dificuldades relacionadas ao acesso e adesão das usuárias e condições das vítimas, na qual o protocolo nem sempre é possível de ser aplicado. Resultados sobre atendimentos planejados com intenção de prevenir violência e repetições de ciclos violentos. |
| “Desenvolvimento de um Software para apoio à Rede de Atenção às Vítimas de violência sexual em Alagoas”, Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU) em parceria com Centro Universitário (CESMAC)  | AL | Experiência desenvolvida por profissional do estado em seu percurso de mestrado, vinculado ao estado e desenvolvida por equipe acadêmica. Desenvolvimento de um aplicativo direcionado para população, profissionais de saúde e gestores, com objetivo de trazer informações à população sobre violência, buscar ajuda em tempo real, e produzir dados para subsidiar estratégias e ações de enfrentamento em nível de gestão. O aplicativo está funcionando, apresentou dificuldades do processo de trabalho referentes aos aspectos técnicos da produção de um aplicativo, e resultados quanto à identificação de novos casos de violência e facilitando acesso à assistência para vítimas.   |
| “Cartilha da pessoa com deficiência em situação de violência”, Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação - CIIR (Secretaria de Estado de Saúde Pública - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano)  | PA | Experiência desenvolvida por técnicos e gestores estaduais, a partir de demanda levantada por mulheres PCDs sobre a invisibilidade da violência sofrida por elas, foi construído cartilha para esclarecer direitos e prestar informações sobre o tema. Relatam processo de participação de PCDs, feito de forma online devido pandemia (sendo uma das dificuldades do processo). Referem resultado quanto à mobilização, utilização do material por usuárias e profissionais, visibilização do tema, ampla divulgação como parte do enfrentamento da violência que esta população sofre.  |
| “Projeto Gradiva e Revira Saúde: a construção do acesso de mulheres às políticas públicas de combate a   | RS | Experiência desenvolvida entre estado e academia, não especifica o tipo de vínculo dos profissionais. Articulam-se com a rede e prestam atendimento individual online de  |

|   |    |   |
|---|----|---|
| <p>violência de gênero durante a pandemia de Covid-19”, Revira Saúde/Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC) / Escola de Saúde Pública (ESP) / Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS)</p> <p>Projeto Gradiva – atendimento clínico psicanalítico a mulheres em situação de violência</p> |    | <p>abordagem psicanalítica para mulheres vítimas de violência. Objetivam viabilizar acesso a terapias no contexto da pandemia, posteriormente estendendo para as crianças testemunhas de violência. Registram dificuldades sobre o acesso à internet e condições de privacidade para o atendimento das vítimas, e resultados quanto à escuta dessas vítimas.</p>  |
| <p>“Flores de Verão”, Hospital Municipal de Britânia</p>  | GO | <p>Experiência desenvolvida em nível municipal por técnicos do CRAS e hospital em contexto de pandemia. Desenvolvem ações em plano virtual, com campanhas, divulgação de informações, estabelecendo canal de comunicação com participantes do SCFV durante período pandêmico. Descrevem resultados sobre o processo de vínculo e garantia de espaço para desenvolvimento das mulheres.</p>  |
| <p>“Campanhas de Prevenção à Violência contra a Mulher: Agosto Lilás e 16 dias de ativismo pelo fim da violência contra as mulheres”, Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência (Coordenação através da Diretoria de Vigilância Epidemiológica /Secretaria Municipal de Saúde)</p>           | SC | <p>Experiência municipal sobre processo de implantação de campanha anual de enfrentamento da violência contra as mulheres. Instituída por decreto municipal e organizada pela gestão e técnicos da rede, a campanha é realizada desde 2019 com ações presenciais e a partir de 2020 de forma online. Refere ações de sensibilização, divulgação de informação, organização da rede e capacitação técnica dos profissionais. Dificuldades relacionadas ao engajamento coletivo e critérios para medir alcance e impacto das ações. Assim, os resultados são pouco claros, mais perceptíveis em nível de melhora na articulação de rede.</p>              |
| <p>“Violência sexual: O que um médico generalista deve saber?”, IFMSA Brazil UFMT; IFMSA Brazil UNIVAG; IFMSA Brazil UNIC.</p>  | MT | <p>Experiência de organização de evento online, por estudantes universitários e para estudantes (principalmente de medicina), sobre violência sexual contra as mulheres. Ação técnico-pedagógica abrangendo orientações práticas sobre o processo de atendimento às vítimas de violência, disponibilização de um material informativo e aplicação de questionários para medir aproveitamento dos conteúdos pelos participantes. Descrevem resultados positivos sobre a sensibilização do tema e instrumentalização dos profissionais frente a situações de violência sexual contra as mulheres.</p>   |
| <p>“Roda de Afeto e Rede de Proteção de Mulheres: cuidado e mobilização das mulheres do Fundão do Graja”, Rede do Fundão do Graja</p>   | SP | <p>Experiência a partir de dispositivo do território “Rede do Fundão do Graja”, apesar de organizado por profissionais de saúde do âmbito municipal o dispositivo não é apoiado institucionalmente (sendo está uma das limitações da iniciativa). Autoras se orientam pela Saúde Coletiva e política pública de implementação do NPV. Atividade de roda de conversa semanal clínico- assistencial, presencial inicialmente e de modo híbrido durante a pandemia. Objetivo de criar rede de apoio, orientar e enfrentar violências contra as mulheres. Prática registrada em curtas e documentários, sendo parte dos resultados da roda de conversa.</p> |
| <p>“Projeto de intervenção: educação em saúde para prevenir a violência contra a mulher”, Universidade de Pernambuco</p>  | PE | <p>Experiência a partir de grupo acadêmico, sem designação de função ou profissão da equipe, com objetivo de avaliar ações de uma equipe de saúde de APS no enfrentamento da violência. Descrição confusa sobre ações técnico-pedagógicas ou clínico-assistenciais. Roda de conversa com profissionais de saúde e com população mulher do território. Trazem resultados sobre acesso a informações para as mulheres e qualificação dos profissionais.</p>   |
| <p>“Reconhecer, acolher e acompanhar”, Centro de Atenção Psicossocial de Ponte Nova, Minas Gerais</p>   | MG | <p>Experiência no nível de ensino-serviço-pesquisa, na APS em âmbito municipal, com equipe de acadêmicos e técnicos. Fundamentados na Política Nacional de Enfrentamento da</p>   |

|   |    |  |
|---|----|--|
| (CAPSPN-MG) com apoio da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP)  |    | Violência Contra as Mulheres, objetivam alcançar toda APS municipal com educação permanente sobre reconhecimento de sinais de violência, para estratificar toda população em risco e convencer as mulheres a aceitarem ajuda e serem encaminhadas para o CAPS e Assistência Social. Citam uma estratégia dialógica individual como educação permanente e posteriormente não detalham a ação com as usuárias e vítimas de violência. Destacam a resistência as mulheres e dos técnicos como obstáculos. |
| “Representações sociais da violência na perspectiva da adolescente”, UBS Bairro Niterói com apoio da Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente e UFSJ - Universidade Federal de São João Del-Rei | MG | Experiência ensino-serviço, com residentes em saúde do adolescente, técnico e estudante, entre APS e academia. Realizado entrevista e roda de conversa online, no contexto pandêmico, com adolescentes do gênero feminino sobre a representação a violência contra elas. Refere resultados como proporcionar um espaço de escuta e acolhimento das adolescentes, permitindo que estas reconheçam e resignifiquem as violências que estão expostas.   |
| “Grupo de Saúde Mental com Mulheres”, Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma com apoio dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense                 | SC | Experiência clínico-assistencial ensino-serviço, no CAPS com psicólogas residentes. Realizaram grupo de mulheres vítimas de violência e usuárias de SPA com objetivo de reparação psicossocial da violência por meio de escuta e acolhimento e resignificação. Usam o PTS como instrumento de inclusão das usuárias, descrevem os módulos trabalhados no grupo e relatam resultados na relação do uso de SPA com a violência sofrida, além de fortalecimento de vínculo.                               |

Fonte: Dados elaborados pelo autor deste trabalho (2022).

## 5.2 DISCUSSÃO: ANÁLISE TEMÁTICA DAS EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

O enfrentamento das violências contra as mulheres é trazido de forma difusa dentro dos trabalhos apresentados e analisados do 1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres. Inequivocamente, isso não poderia ser diferente, pois uma amplitude de estratégias é preconizada quando falamos de combate à violência. O “combate” é uma dimensão do enfrentamento, mas não caracteriza sua complexidade, como nos orienta a PNEVCM. A prevenção, assistência e garantia de direitos são constituintes do que se entende por enfrentamento da violência (BRASIL, 2011a).

Vale frisar que a organização proposta da discussão dos temas não reflete a realidade dos documentos analisados, mas sim da metodologia aplicada a eles. Ou ainda, a categorização de padrões é um esforço metodológico sobre a complexidade do real, no qual uma única ação dentro de um trabalho analisado pode estar atravessada por vários temas simultaneamente.

Quando nos debruçamos sobre documentos que contam histórias exitosas dentro do âmbito da saúde na construção desse enfrentamento, encontramos relatos diversos, estratégias múltiplas, movimentos direcionados para transformação de alguma camada da realidade que coloca as mulheres em situação de vítima de violência cotidianamente. A análise das

experiências se deu orientada por perguntas que nos apontaram para os temas propostos (Quadro 5), e perguntar para os dados não significa esperar deles uma resposta, como nos alerta o processo metodológico da AT, mas sim nos posicionar ativamente sobre eles na produção de conhecimentos a partir da sistematização de padrões (BRAUN; CLARKE, 2006; SOUZA, 2019). Assim, a seguir, discutiremos os temas construídos neste percurso de análise documental.

### **5.2.1 Tema 1: EDUCAÇÃO como protagonista da transformação social**

A faceta educativa da saúde é interpretada – e, conseqüentemente, executada – de formas diferentes a depender dos pressupostos teóricos que fundamentam esses conceitos, mas é consensual enquanto uma dimensão que não pode ser dissociada do fazer em saúde (L'ABBATE, 1994; FLORES, 2007; FALKENBERG, et al., 2014). Essa perspectiva é bastante prevalente entre as práticas analisadas, e aparece dentro de um espectro de ações diversas, mas que aqui podemos dividir essencialmente em duas formas de abordagem: educação em saúde e educação permanente em saúde (EPS).

Antes de pensarmos em como essas abordagens aparecem nas experiências exitosas para enfrentamento da violência contra as mulheres, é importante ressaltar que as definições dessas duas perspectivas se confundem muitas vezes, tanto nos trabalhos analisados quanto na literatura do tema. Essa confusão é histórica, não só pela proximidade dos termos, mas pela trajetória em si de cada terminologia e como foram apropriadas pelos trabalhadores da saúde (FALKENBERG, et al., 2014).

O MS define esses conceitos em Glossários Temáticos, e propõe educação em saúde como um processo educativo direcionado para população na construção de autonomia de cuidado por meio de conhecimento em saúde (BRASIL, 2013a). Esse campo de práticas se dá na relação entre seus atores (profissionais de saúde, gestores e população) e busca por transformações que permitam os indivíduos cuidarem de si e de uma coletividade ao se reconhecerem como sujeitos históricos com pensamento crítico (FALKENBERG, et al., 2014).

Partindo da perspectiva dos eixos organizadores delineados durante a análise dos documentos, percebemos que as autoras descrevem as estratégias de educação em saúde de forma mais robusta no nível da expectativa e do processo, não trazendo com tanta clareza como isso se caracteriza em resultados. As expectativas aparecem como um direcionamento para as transformações sociais, delineando um horizonte no qual mulheres e sociedade em geral estejam apropriadas ferramentas de combate às violências contra as mulheres e de ideias que

produzam autonomia. Ou seja, a descrição das expectativas de educação em saúde revela o projeto político das autoras, o qual nem sempre é trazido à luz, ainda que seja inerente ao conceito que o carrega e o próprio fazer em saúde (FLORES, 2007; FALKENBERG, et al., 2014). Assim, as autoras buscam, por exemplo:

*Difundir informações e multiplicar iniciativas sustentáveis com foco na prevenção criminal e enfrentamento da violência doméstica contra mulheres rurais pela via do empoderamento feminino e autonomia econômica, fortalecendo o protagonismo das mulheres e a igualdade de gênero (trabalho 1).*

*[...] esclarecer dúvidas e evidenciar direitos daquelas e daqueles que possuem algum impedimento de natureza física, intelectual, visual e/ou auditiva e que se encontrem em situação de violência [...], informar e sensibilizar a sociedade sobre essa demanda, incentivando a prevenção e denúncia dessas situações (trabalho 6).*

*[...] sensibilizar e conscientizar a população em geral e profissionais da rede, ao combate, enfrentamento e prevenção da violência contra a mulher, [...] orientar e informar a população em geral com relação aos canais de denúncia (trabalho 9).*

Quando tais expectativas são postas em ações, as autoras contam sobre formatos focados no encontro entre os atores destas, em geral profissionais de saúde e população, dando destaque para os sentidos específicos desses encontros, sua intencionalidade está voltada para a transformação social da situação de violência contra as mulheres, caracterizando-os como ações mais próximas de educação em saúde. Como exemplo:

*[...] encontros, eventos e rodas de conversa com o intuito de debater a situação da mulher na sociedade. [...] palestras; oficinas de artesanato criativo; exposição de documentários e filmes curtos; rodas de conversa; planejamento de intercâmbios; dinâmicas de grupo; atividades de construção individual para retorno aos encontros posteriores (trabalho 1).*

O processo de construção e execução da experiência exitosa que se apoia no caráter pedagógico da saúde parece estar alicerçado no momento desses “encontros intencionais”, o qual ultrapassa uma relação simplificada de ensino-aprendizagem, trazendo para superfície as reais demandas de saúde e criando condições de produzir reais soluções. “Isto porque não são as atividades formais de ensino que educam, mas sim, as relações mediante as quais, num processo de trabalho, transformamos a nossa consciência em uma nova consciência” (BRASIL, 2007, p. 11).

Esse formato de encontro foi driblado e reinventado durante a pandemia de Covid-19, as autoras usaram a tecnologia digital para manter os debates e encontros em tempos de distanciamento.

*Realizar LIVE com o Tema: “Bem me quer, mal me quer” para esclarecer os tipos de abuso e violência contra a mulher. [...] Promover nas redes sociais a Campanha FALE SEM MEDO com intuito de apoiar e proteger as mulheres vítimas de violência (trabalho 8)*

*Antes da pandemia, em 2019, realizamos diversas ações com rodas de conversa, seminários, cine debate, em diversos espaços como unidades de saúde, equipamentos da assistência social, auditórios públicos. Também realizamos um passeio ciclístico na campanha 21 dias de ativismo pelo fim da violência contra a mulher. [...] em decorrência da pandemia, estamos realizando as campanhas em formato digital (trabalho 9).*

Como pontuado anteriormente, em nível de resultados, as descrições são mais difusas, no sentido de generalizadas e pouco caracterizadas como efeitos das estratégias de educação em saúde. Isso pode ser entendido pela própria natureza do que se busca produzir com a educação em saúde. Diferente de uma abordagem de educação sanitária, a qual se faz verticalmente e com intuito de mudar hábitos de vida, a abordagem da educação em saúde busca por autonomia para população e transformação do território na produção de saúde-doença (FALKENBERG, et al., 2014), tornando-se mais complexo observar e descrever resultados diretamente associados.

Ainda assim, é descrito resultado sobre a relação e sensibilização entre os atores dos encontros, traduzido por uma das autoras como uma melhor confiança nas equipes de saúde. Outro trabalho descreve, entre outros resultados, “*princípio de ‘transformação da realidade’ das mulheres rurais*” (trabalho 1), trazendo pontos importantes de mudanças nas relações na comunidade e com a violência contra as mulheres.

A outra abordagem do aspecto educativo nos trabalhos analisados é entendida como EPS, definida como “ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2013, p. 20). Essa problematização aparece como um elemento estrutural dessas ações, traçando o sentido das estratégias de EPS: parte do processo de trabalho em direção à transformação das práticas profissionais, organizacionais e sociais (BRASIL, 2009; FALKENBERG, et al., 2014). Ceccim (2005), ao descrever os desafios de fazer EPS, explica que é preciso entender seus movimentos de forma central e finalística, ou seja, não apenas como “meios capacitantes” para recursos humanos, mas espaços potentes de transformação, e a permanente formação sendo um fim em si, uma atribuição da organização em saúde no Brasil.

“Incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência” (BRASIL, 2011a, p. 33) é uma diretriz da PNEVCM. Essa compreensão aparece nos trabalhos analisados como uma das principais estratégias, e objetivam: “*Capacitar os profissionais da rede em atendimento*” (trabalho 3); “*Promover a propagação de conhecimento para estudantes da área da saúde*” (trabalho 10); “[...] *avaliar as ações de uma equipe de saúde da atenção básica, na educação*

*em saúde dos profissionais no combate a violência contra a mulher, abrangendo a estratificação de risco, possíveis agravos a saúde e estratégias de prevenção”* (trabalho 12); “[...] *intencionou-se planejar a proposta de educação permanente em saúde, [...] implementar parâmetros de execução do planejamento de educação permanente em saúde voltada ao reconhecimento da VCM, [...] capacitação em cada serviço de saúde”* (trabalho 13).

Enquanto processo, os formatos das ações de EPS não se diferenciam muito da educação em saúde, também estão voltadas para promoção de encontros intencionais e de qualidade com esses profissionais que precisam de apoio e aproximação dos temas sensíveis ao enfrentamento das violências contra as mulheres. São rodas de conversas, palestras, momentos dialógicos, divulgação e discussão de materiais, campanhas, temas, de forma online e presencial. Esse modelo de organização de EPS pode ser muito potente quando se mantém orientado para mudanças institucionais, sem ser reduzido a ações de capacitação das quais se esperam mudanças imediatas e centradas no “profissional capacitado” (BRASIL, 2009).

Lançando olhar para as experiências exitosas por esse prisma, neste momento de pesquisa não se justifica construir uma análise quanto à longitudinalidade e caráter institucional das propostas de EPS, se estariam mais próximas de uma modelo simplificado de capacitação ou não. Ainda que tenhamos acesso a registros de desdobramentos de alguns dos trabalhos analisados (por meio de buscas simples em buscadores online), não se faz pertinente diante do objetivo de pesquisa discutir isso em tom avaliativo. Contudo, não podemos deixar de pontuar a compreensão de que esses conceitos seguem sendo confundidos e aplicados como sinônimos, e torna provável a dificuldade de aplicação de estratégias de EPS que sejam sustentáveis, progressivas e sistemáticas quanto ao seu propósito, como nos orienta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (2009).

As autoras descrevem resultados para as equipes sobre melhora no reconhecimento e preparo para atender situações de violências e um maior preparo técnico para assistir mulheres vítimas de violências: “[...] *equipe de saúde se sente mais qualificada para prestar uma melhor assistência a mulher”* (trabalho 12); “[...] *Os profissionais entenderam a importância da capacitação e implementação da proposta. [...] Reconhecimento, acolhimento e acompanhamento de vítimas de VCM.”* (trabalho 13); “[...] *73% dos participantes após o evento se sentem mais apto em ter o primeiro contato profissional de uma vítima de violência sexual”* (trabalho 10).

Mesmo uma temática não sendo definida a partir de uma certa prevalência, a presença dessa faceta educativa foi identificada na maioria dos trabalhos analisados, entre ações de educação em saúde e EPS. Entende-se que a primazia por esse tipo de ação está relacionada ao

entendimento de que a prevenção da violência contra as mulheres passa pelo desenvolvimento de estratégias de mudanças culturais, o que faz da educação protagonista no processo.

A PNEVCM (2011) aproxima o âmbito da prevenção ao da educação de maneira categórica, e explica que a educação está ligada ao “desenvolvimento de ações que desconstruam os mitos e estereótipos de gênero e que modifiquem os padrões sexistas, perpetuadores das desigualdades de poder entre homens e mulheres e da violência contra as mulheres” (BRASIL, 2011, p. 25-26). Esta preocupação com mudanças estruturais aparece na trajetória das autoras, e fica mais evidente em trabalhos organizados a partir de uma proposta educativa.

### 5.2.2 Tema 2: Acesso à ASSISTÊNCIA como direito universal

A dimensão da assistência às mulheres vítimas de violências também está contemplada nas experiências exitosas documentadas no Seminário Nacional. As autoras apresentam objetivos dirigidos para instituição de espaços e formatos de atendimento à essas mulheres, considerando especificidades e vulnerabilidades dessa população. Buscam ampliar o acesso ao cuidado e às políticas públicas de proteção às mulheres vítimas de violência, construindo ambientes seguros de fala, que propiciem discussões sobre questões da violência de gênero, acolhimento do sofrimento psíquico e desenvolvimento individual e coletivo.

*Ampliar o acesso ao cuidado e o suporte por meio das políticas públicas e da escuta clínica psicanalítica. [...] Disponibilizar, a partir dos atendimentos clínicos junto às mulheres que ali venham buscar a nossa escuta, uma possibilidade de se apropriarem dessa experiência e retomarem a palavra que lhes foi silenciada por traumatismos repetidos em suas histórias, [...] ampliar suas possibilidades de amar e de trabalhar (trabalho 7).*

Nota-se ênfase na produção e ampliação de acesso à saúde, principalmente diante do contexto pandêmico, como: “[...] aumentar o contato com essas mulheres e monitorar suas condições de saúde. Monitorar casos, fatores associados e impactos da COVID-19 em mulheres com direitos violados” (trabalho 2), ou ainda,

*Minimizar os impactos da pandemia do novo coronavírus, mesmo com a manutenção de atendimentos presenciais às mulheres vítimas de violência. [...] Oferecer alternativa de atendimento, tendo em vista a impossibilidade de atendimento presencial em grupo com a decretação da pandemia (trabalho 4).*

De acordo com Giovanella e Fleury (1996), a prerrogativa do acesso à saúde é o próprio direito universal à saúde, garantidos constitucionalmente, e esse debate deve ser trazido para o centro das ações de quem planeja a assistência à população. Entendem acesso como aquilo que acontece entre a busca e a obtenção da atenção à saúde, e está relacionado com a capacidade de



um grupo de buscar por isso, sendo necessário avaliar disponibilidade de recurso, capacidade de produzir serviços, resistências do serviço e as características da população. Já o Glossário Temático (BRASIL, 2013b) define acesso como a possibilidade de uma população utilizar um serviço de saúde considerando suas especificidades.

Quando as experiências exitosas persistem no desenvolvimento de ações em que o acesso das mulheres vítimas de violências à assistência em saúde está dentre os objetivos, compreendemos que os esforços estão voltados para construção de um sistema verdadeiramente universal e ajustado às especificidades dessa população. Esse ajuste caracteriza o enfrentamento das violências contra as mulheres nos trabalhos analisados, reforçando a dimensão assistencial como parte de um processo transformador e não apenas pontual para com as vítimas atendidas. “Nessa perspectiva, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada; configura-se como um ‘dispositivo’ transformador da realidade” (ASSIS; JESUS, 2010, p. 162).

O trecho abaixo descreve uma proposta de transformação do território a partir da ampliação do acesso de populações específicas ao cuidado em saúde.

*[...] objetivo central o acolhimento de mulheres, a maioria cisgêneras do território e o combate a qualquer tipo de violência. [...] ampliar o alcance da Roda de Afeto e Rede de Proteção para mulheres cis ou transgêneras com foco no território do Grajaú e adjacências agarrando a perspectiva da virtualidade como uma ferramenta de emancipação das relações categórico-estruturais envolvendo raça, gênero e classe, e proteção contra qualquer tipo de violência e disseminação de cuidado coletivo para as manas (trabalho 11).*

No nível dos processos, as autoras descrevem ações de atendimentos clínicos presenciais e virtuais; atendimentos coletivos em formatos variados, também em modalidade presencial e virtual; alguns outros tipos de atendimento como jurídico, entrevistas, acolhimentos; e eventos para mulheres durante campanhas. A PNEVCM (2011) afirma que é preciso garantir que esses atendimentos sejam humanizados e qualificados para mulheres em situação de violência, e ainda necessário a criação de espaços especializados nesse tipo de público.

Vale ressaltar que os atendimentos online são evidenciados como estratégia de transpor as barreiras impostas pela pandemia de Covid-19, diminuindo os riscos exacerbados pelo isolamento (OPAS, 2020), gerando um processo de adaptação e capacitação para os profissionais prestando assistência em um novo formato.

*[...] todas(os) as(os) telemonitoras(es) são acompanhadas por supervisoras e por uma equipe de acompanhamento coordenadora. [...] Durante as três ligações é investigada a situação de saúde das mulheres, com enfoque para sinais e sintomas da COVID-19, assim como dados sociodemográficos. Quando é identificado o adoecimento físico ou o sofrimento mental, essas mulheres passam a ser*

*acompanhadas pela equipe de encaminhamentos, onde recebem ligações de profissionais de diversas áreas (trabalho 2).*

*Em razão da imposição do distanciamento social colocada pela situação de pandemia do coronavírus e com a percepção da necessidade urgente de dar continuidade ao cuidado e fortalecimento das mulheres moradoras da região, a Roda de Afetos passou a ser virtual, [...] quinzenalmente a Roda recebe convidadas para trocas de saberes com foco na emancipação das violências (trabalho 11).*

Os resultados dos trabalhos reforçam a compreensão do acesso enquanto um catalizador da transformação da realidade. Os relatos são sobre o desenvolvimento das mulheres assistidas, em nível individual e coletivo, e estariam relacionados às ideias de autonomia e empoderamento. O Glossário Temático (BRASIL, 2013c) define esses conceitos, respectivamente, como “condição que se constrói na relação com o outro, na qual sujeitos individuais e coletivos desenvolvem maior capacidade de compreender e agir criticamente transformando a si mesmos e a seu contexto social em um sentido emancipatório” (p. 17) e “processo por meio do qual indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais.” (p. 21).

Os conceitos convergem em um sentido abrangente, relacionando o pensamento crítico à possibilidade de intervenção no contexto social, e posicionando esse processo no “entre”, ou ainda, no âmbito relacional. Nos documentos analisados, as autoras descrevem como suas trajetórias junto com as mulheres permitiram alcançar resultados no nível do enfrentamento e prevenção de violências a partir desse desenvolvimento de autonomia e empoderamento.

*[...] o fortalecimento do vínculo das participantes com o objetivo terapêutico do grupo, bem como, a abertura de processos de cuidado que as mesmas estão construindo. [...] nos momentos iniciais, as participantes trouxeram os contextos de violência das quais viveram ou vivem e ainda, puderam refletir sobre o reconhecimento de novas possibilidades de vida e outros modos de se relacionar afetivamente, a partir do acolhimento oferecido entre as mesmas e potencializado pelas psicólogas proponentes (trabalho 15).*

*Algumas mulheres conseguiram romper ciclos de violência. [...] As mulheres passam a ter mais noção dos seus Direitos, de forma a ter mais informação sobre importantes fluxos, caso seja novamente vítima de violência, fortalecendo-se até mesmo, para se prevenir de novas violências. Algumas mulheres tornaram-se mais empoderadas e desse modo, conseguiram empoderar outras. [...] algumas mulheres conseguiram buscar empregos, pois se sentiram mais fortalecidas, diminuindo um dos fatores de risco para a manutenção em vivências violentas (trabalho 4).*

Expressam como a aproximação de uma condição para refletir criticamente sobre a realidade imposta às mulheres vítimas de violências faz diferença na prevenção da violência, ao agenciar o rompimento de ciclos e processos de revitimização. A criação dessa condição parece ser justamente o que caracteriza experiências como exitosas para o enfrentamento das violências contra as mulheres, ou seja, espaços de produção de autonomia e empoderamento – nos moldes do que preconiza os conceitos do MS (BRASIL, 2013c).

### 5.2.3 Tema 3: REDES e TECNOLOGIAS para o cuidado integral

Um terceiro aspecto sistematizado durante a análise dos documentos é a perspectiva do enfrentamento da violência a partir de uma estruturação de processo de trabalho, considerando o formato de redes e as tecnologias de produção de cuidado. Os materiais analisados propõem, em nível de expectativas, o fortalecimento e ampliação de redes, como: *“incentivar a multiplicação das iniciativas sustentáveis ao fortalecimento da rede de apoio às mulheres rurais”* (trabalho 1); *“informar e sensibilizar a sociedade sobre essa demanda, incentivando a prevenção e denúncia dessas situações, ainda contribuir como ferramenta para a rede de atendimento a pessoa com deficiência”* (trabalho 6); *“ampliação da rede de atendimento para outros estados e da discussão do tema da violência contra a mulher na sociedade através de lives, rodas de conversa com profissionais de outras áreas e campos que trabalham com essa problemática”* (trabalho 9).

O formato de rede está preconizado enquanto estratégia de prevenção da violência desde o princípio da sistematização dessa agenda no MS, transformando o que eram inicialmente diretrizes conceituais da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências em ações e processo de trabalho (SILVA; MALTA, 2010). Assim sendo, a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, implantada pela Portaria GM/MS nº 936 de 18 de maio de 2004, articula a gestão e as ações de prevenção dando capilaridade às diretrizes das políticas públicas.

Mendes (2011) traz esclarecimentos sobre esse processo de organização das ações a partir da instituição de redes, defende que esse modelo de organização pode superar o anacronismo vivido pelo sistema de saúde, o qual não acompanhada as transições demográficas e epidemiológicas e acaba respondendo às situações de saúde atuais com formatos descontextualizados. Esse modelo seria antagônico à fragmentação do sistema de saúde, se caracterizando por arranjos que organizem o acesso e o cuidado de forma integral e longitudinal (MENDES, 2011; OPAS, 2011).

As violências contra as mulheres são reconhecidas como Agravos Não Transmissíveis, que por sua vez é parte do que Mendes (2011) chama de tripla carga de doenças – juntamente com as doenças crônicas e situações agudas de saúde. *“Uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças [...] não pode ser enfrentada por um sistema fragmentado de saúde voltado, prioritariamente, para as condições agudas”* (OPAS, 2011, p. 43). Portanto, necessita das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tanto para trazer coerência no

enfrentamento dos problemas atuais de saúde, considerado suas especificidades, quanto para planejar um cuidado que não seja apenas episódico e reativo.

Neste ponto, compreendemos que os arranjos que permitem uma lógica de cuidado integral e longitudinal, preconizado pelas redes, está contemplado nas expectativas das autoras das experiências exitosas analisadas. A prevenção das violências está ligada ao reconhecimento da complexidade do seu enfrentamento e da necessidade de um sistema de saúde contínuo e proativo para se apropriar dessa complexidade. O posicionamento da PNEVCM (BRASIL, 2011a) corrobora com a necessidade da rede para superação da fragmentação do serviço e aproximação do cuidado integral às mulheres.

Assim, considerando a multiplicidade de estratégias pertinentes à prevenção das violências, os trabalhos descrevem processos com certa heterogeneidade dentro do trabalho em rede: conhecendo o território em suas especificidades; melhorando fluxo de atendimento; criando estabelecimentos especializados de atendimento; criando protocolos para organização de atendimentos de vítimas de violência; produzindo materiais informativos e canais de denúncias; capacitando profissionais para notificação e atendimento de situações de violências; otimizando diálogo e estabelecendo parâmetros entre os pontos de atenção de assistência às mulheres.

Destacam-se os diferentes tipos de densidade tecnológicas identificadas entre tais ações, caracterizando uma rede híbrida, ou seja, que combina serviços dispersos – de baixa densidade tecnológica – e concentrados – de alta densidade tecnológica (MENDES, 2011). Merhy (2002) classifica as tecnologias do trabalho em saúde em três níveis de densidade: leve, leve-dura e dura. Explica que enquanto a tecnologia leve está no âmbito relacional, expressa em práticas de acolhimento e formação de vínculo, as tecnologias leve-duras e duras se caracterizam por um conhecimento e produção já sistematizados, na qual o trabalho vivo foi capturado e transformado em trabalho morto – como por exemplo, protocolos, organização de gestão de saúde e instrumentos para exames de laboratório.

Os três níveis de densidades são observáveis no processo de desenvolvimento e resultados dos trabalhos, são exemplos de tecnologia leve, leve-dura e dura, respectivamente: *“o acolhimento de mulheres, a maioria cisgêneras do território e o combate a qualquer tipo de violência”* (trabalho 11);

*[...] trabalhar de forma focalizada nas questões da violência, por meio de um protocolo com início, meio e fim, de forma que os profissionais tivessem mais clareza da missão e visão que se tem no Centro Especializado com o atendimento de mulheres vítimas de violência e assim, poder realizar seguimento de rede (trabalho 4).*

*Desenvolver um software (app) para auxiliar o enfrentamento a violência sexual do Estado de Alagoas, através da Rede de Atenção à Vítima de Violência Sexual – RAVVS. [...] Versão final do aplicativo foi desenvolvida e nomeada de “Fica Bem” com as telas de “encontre ajuda”; “fui violentado”; “comunidade”; “violentômetro” e “em perigo” (trabalho 5).*

Por sua vez, os resultados traduzem a efetivação daquilo que as autoras descrevem como fortalecimento e ampliação da rede de atendimento e prevenção de violências a partir da aplicação dessas tecnologias. Referem melhoras em aspectos essenciais do formato de trabalho em rede, como a melhora no acesso da população mulher vítima de violência aos serviços, aumento da comunicação e parceria intersetorial e otimização da gerência do processo de trabalho em si. São exemplos: *“Aumento significativo na procura pelos atendimentos de forma espontânea”* (trabalho 3); *“[...] maior acolhimento às vítimas, melhora da qualidade de serviço, facilitação apoio e orientações, [...] apoio a tomadas de decisões da gestão pública, tendo em vista suas informações todas em um webset relatórios e gráficos”* (trabalho 5); *“aumento significativo da integração, envolvimento, mobilização e parceria, especialmente, intersetorial. [...] fortalecimento da rede e na ampliação e qualificação das nossas ações e projetos enquanto uma Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência”* (trabalho 9).

Os aspectos levantados como resultados compõem “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MENDES, 2011, p. 82), entendidos como RAS, e são descritos pelas autoras como parte de conjunto necessário para efetivação do enfrentamento das violências contra as mulheres.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Conheço muitos que andam com uma folha  
Que contém o que necessitam.  
Quem chega a ver a lista diz: é muito.  
Mas quem escreveu diz: é o mínimo.  
Alguns no entanto mostram orgulhosos sua lista  
Que contém muito pouco.”  
(Bertold Brecht)*

A prevenção da violência contra as mulheres é um tema presente no fazer dos profissionais de saúde do SUS. As políticas públicas crescentes sobre o tema, desde o reconhecimento da violência como pauta da saúde, demonstram o esforço deste setor em contribuir com o enfrentamento da violência, assumindo seu papel em uma luta multifacetada,

intersetorial e transdisciplinar. Esse papel deve estar calcado em estudos científicos, fundamentando a gestão de estratégias de prevenção. Esta pesquisa buscou contribuir com esse tipo de fundamentação ao olhar de forma qualitativa para experiências de enfrentamento da violência contra as mulheres, reconhecidas em um evento científico, analisando suas estratégias de prevenção.

Compreendemos a relevância do estudo pelo potencial de contribuir para interpretação de fenômenos complexos como a violência. A perspectiva qualitativa, organizada pelo formato da Análise Temática, permitiu avaliar o campo da vivência por meio de documentos e identificar padrões significativos de estratégias de prevenção entre os relatos de experiência exitosas. Vale destacar, o recorte de trabalhos analisados não se vale de uma expressão quantitativa, mas sim da potência de captura dessas vivências.

Esses padrões desdobraram-se em três temas que buscam sintetizar como a prevenção da violência contra as mulheres pode se expressar no processo de trabalho das profissionais de saúde e gestoras(es) dos SUS. Foram ressaltados os processos de educação permanente e educação em saúde como vetores muito importantes da transformação social; o acesso à assistência a saúde como garantia de um SUS realmente universal que considera as especificidades das mulheres em situação de violência; e a organização de rede híbrida que dê conta da complexidade do enfrentamento das violências e, superando a fragmentação do serviço, possa cuidar das mulheres de forma integral.

Ressaltamos os temas enquanto uma separação metodológica intencional, a qual visa uma estruturação que permite a interpretação dos dados. Entretanto, os trabalhos analisados, em sua maioria, são atravessados pelas temáticas de forma combinada, as ações se somam e se completam em diferentes níveis dentro dos relatos das autoras dos trabalhos. Conclui-se que essa somatória se torna necessária e inevitável quando tratamos de violência, pois demanda da multiplicidade de ações para dar conta das características da violência.

Sintetizar esses temas nos orienta para um fazer em saúde que parte da materialidade e se direciona de volta para ela, ou ainda, está fundamentada no campo das vivências e pretende contribuir com o desenvolvimento desse mesmo campo. Essa particularidade pode auxiliar outras produções em um contínuo que visa a implementação de estratégias de prevenção no âmbito da saúde, contribuindo tanto com profissionais da saúde quanto gestoras(es) interessadas no enfrentamento de violências contra as mulheres.

No que tange os limites de pesquisa, é preciso considerar a natureza dura e, portanto, limitada em si mesma dos documentos, os quais não podem entregar nada além do que se propõem e não permite o pesquisador extrapolar a análise caso a fonte seja deficitária ou parcial

em determinado assunto. Aqui pontuamos a insuficiência de ações mais direcionadas e aprofundadas para questões de gênero, elemento apontado pela PNEVCM como essencial para planejar mudanças estruturais no fenômeno da violência. Outro aspecto ausente entre as experiências analisadas foi a dimensão que a PNEVCM especifica como ações de combate, voltadas para o cumprimento de normas penais de punição e responsabilização dos agressores. Não foram identificadas ações voltadas mais especificamente para a outra ponta da violência, ou seja, o autor de violência. Esta lacuna não pode ser interpretada como se tais estratégias não existissem, pois, como explicado anteriormente, esses documentos não se expressão por meio de uma métrica quantitativa, e não pressupõem uma representatividade desse tipo. Assim, não foi possível analisar essas dimensões do fenômeno da violência, as quais demandam estudos que as contemplem.

Por fim, pontuamos que a prevenção das violências contra as mulheres é fundamental para o seu enfrentamento, e a saúde segue um caminho de responsabilização e aprimoramento das práticas nesse campo. A conjuntura histórica que permite essa relação também fundamenta a posição das mulheres enquanto sujeitos de cidadania ameaçadas pela violência, necessitando de políticas públicas ajustadas às especificidades dessas. Assim, estratégias de prevenção das violências podem ser um meio de garantir a condição cidadã atribuída pela saúde, e, no caso das mulheres, uma condição ainda mais recente e ameaçada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la Región. **Boletín Epidemiológico de la OPS**, v. 11, n. 2, 1990. 7 p.
- AGUDELO, S. F. Violência, cidadania e Saúde Pública. In: BARATA, R. B., et al., (Orgs.) **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 39-62.
- ALHOJAILAN, M. I. Thematic analysis: A critical review of its process and evaluation. **West east journal of social sciences**, v. 1, n. 1, p. 39-47, 2012.
- ALMEIDA, D. N. PERLIN, G D. B., VOGEL, L. H. Violência contra a mulher. In: WATANABE, A. N (org.) Brasília: Câmara dos Deputados, **Edições Câmara**, 2020. 175 p. Disponível em: <https://livraria.camara.leg.br/violencia-contra-a-mulher>. Acesso em: 04 mai 2023.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 2003. 272 p.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. p. 161-170. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NCd8MxwvT6MrXDdHtMCRpks/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mai 2023.
- AYRES, L. Thematic coding and analysis. In: GIVEN, L. M. **The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods**. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc., 2008. p. 867-868.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 3ª edição, 2013b. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2ª edição, 2013a. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2ª edição, 2013c. 48 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União nº 96**, Brasília, 20 maio 2004. Seção 1.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011a. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011b. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República [2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 01 abr 2022.

BRAUN, V.; CLARKE V. **Successful qualitative research: A practical guide for beginners**. Los Angeles, CA: Sage. 2013. 382 p. 34-51.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Thematic Analysis. In: MICHALOS, A. C. (ed.), **Encyclopedia of quality of life and well-being research**, Springer Science+Business Media: Dordrecht, 2014. p. 6626-6620. ISBN 978-94-007-0753-5 (eBook).

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research**, v. 3, n. 2, 2006. p. 77-101.

BRAUN, V; CLARKE, V. Taking na initial lay of the land: introducing our worked example dataset and doing familiarisation. In: BRAUN, V; CLARKE, V. **Thematic analysis: a pratical guide**. Los Angeles, CA: Sage. 2022. p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CABRAL, M. A. A. Prevenção da violência conjugal contra a mulher. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 1999, v. 4, n. 1, p. 183-191. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100016>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: um desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, 9(16), set. 2004-fev, 2005. p. 161-178.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008, p. 295-316.

COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO (CPMI). **Relatório final**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496481>. Acesso em: 1 abr. 2022.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra A Mulher**. Belém do Pará: Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 18 mar. 2022.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2006, v. 11, p. 1163-1178. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>. Acesso em: 30 mar 2022.

DOMENACH, J. M. La violencia. In: UNESCO (Org.). **La violencia y sus causas**. Paris, 1981, p. 33-45.

FALKENBERG, M. B., et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2013. p. 847-852. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mai 2023.

FLORES, O. A Educação em Saúde numa Perspectiva Transformadora In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.** p. 7-15. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7ao++em+Saude++Diretrizes.pdf>. Acesso em: 04 mai 2023.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010**. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>. Acesso em: 01 abr 2022.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.
- GIOVANELLA, L., FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eienschutz, C., organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.
- GOMES, R. Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17.ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 67-80.
- GOMES; R. MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 117-140.
- IMURA, C. P.; SILVEIRA, A. M. Como explicar a violência. In: MELO, E. M. (Org.) **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. p. 25-50.
- IPEA. **Atlas da violência**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.
- JOXE, A. Introducción general. In: UNESCO (Org.). **La violencia y sus causas**. Paris, 1981, p. 9-25.
- KRUG, E. G. et al. (Org.) **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma Nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (4), 1994. p. 481-490. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W5YHF5P9NLRzYFjYpRN4dkv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mai 2023.
- LEAVEL, H. R.; CLARK, E. G. Níveis de aplicação da Medicina Preventiva. In: LEAVEL, H.G.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill; 1976, p. 11-36.
- MACHADO; I. V.; ELIAS, M. L. G. G. R. Femicídio em cena: da dimensão simbólica à política. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 30, n. 1, 2018, p. 283-304.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.
- MARQUE, T. C. N. O voto feminino no Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, **Edições Câmara**, 2019. 157 p. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/midias/file/2020/11/voto-feminino-brasil-2ed-marques.pdf>. Acesso em: 04 mai 2023.
- MELO, E. M. Podemos prevenir a violência? In: MELO, E. M. (Org.) **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. p. 1-24.

MELO, V. H.; MELO, E. M. Para elas. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, 2016. 165 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: MERHY, E. E. **Saúde: Cartografias do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 41-66.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online] 2012, v. 17, n. 3, p. 621-626. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 30 abr. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1994, v. 10, supl. 1, p. 7-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>. Acesso em: 29 mar. 2022.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para saúde do brasileiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 9-33.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 1997, v. 4, n. 3, p. 513-531. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>. Acesso em: 07 mar. 2022.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 1999, v. 4, n. 1, p. 7-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100002>. Acesso em: 29 mar. 2022.

MINISTÉRIO DAS MULHERES. **Composição**. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/composicao>. Acesso em: 03 mai 2023.

OMS. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. 2014. 275 p.

OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 113 p.

OPAS. COVID-19 e a violência contra a mulher, o que o setor/sistema de saúde pode fazer. Brasília, DF, OPAS/BRA/Covie-19/20-042, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52016>. Acesso em: 1 abr 2022.

OPAS. Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 30 mai. 2022.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, n. 16, p. 115–136, 2001.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 2 abr. 2022.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 29, n. 01, p.1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>. Acesso em: 28 mai. 2022.

SILVA, M. M. A *et al.* Violência e promoção de saúde. In: MELO, E. M. *et al.* (Org.). **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança**. Belo Horizonte: Folium, 2016, p. 54-73.

SILVA, M. M. A.; MALTA, D. C. Promovendo uma cultura de paz e prevenindo as violências e acidentes: o papel do setor saúde na prevenção das violências e na promoção da cultura de paz. In: MELO, E. M. (Org.) **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. p. 81-93.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, 2019. p. 51-67.

WASELFIJ, J. J. **Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil**. Brasília, DF: FLACSO, 2015.

WHO. Preventing violence and reducing its impact: how development agencies can help. **World Health Organization**: France, 2008. 60 p.

WHO. Prevention of violence: public health priority. **World Health Assembly**, 1996. 2 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179463>. Acesso em: 07 mar 2022.

WHO. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: **World Health Organization**, 2021. 16 p.

WHO. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 1 abr 2022.

## ANEXO A – EDITAL DE PREMIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

# EDITAL DE PREMIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

## Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres

### Justificativa e objetivos:

O Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, em parceria com o Grupo de Violência e Saúde, (TED 177/2017) desenvolvem o **Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência contra as Mulheres** com objetivo de buscar, reconhecer e dar visibilidade as experiências de boas práticas de atenção à saúde das mulheres que contemplem o combate à violência, reforçando a importância da integralidade e coordenação do cuidado.

### Critérios para participação:

Nesta 1ª edição do Prêmio de Boas Práticas poderão se inscrever equipes de saúde que atuam nos estados e municípios e desenvolvam ou tenham desenvolvido iniciativas no âmbito dos Serviços Públicos de Saúde, com foco no combate à violência contra as mulheres. Para participar, as equipes devem:

- Realizar a inscrição de todos os autores e autoras da iniciativa no **Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência contra as Mulheres**, no link a seguir: <http://inscricoes.ufsc.br/activities/6227/enrolments>
- Fazer a submissão da iniciativa conforme descrito no item: “Inscrição e envio das iniciativas”;
- Ter disponibilidade para participar da gravação da apresentação para o seminário entre os dias 12/07/2021 e 16/07/2021, caso a iniciativa seja selecionada;
- Ter disponibilidade para participar da gravação das respostas direcionadas ao trabalho apresentado no seminário no dia 28/07/2021, no período matutino, caso a iniciativa seja selecionada;

### Avaliação das iniciativas:

A avaliação das iniciativas enviadas será feita por Comitê, formado por pesquisadores na área, a convite da comissão organizadora.

Como metodologia, as iniciativas inscritas serão avaliadas em duas etapas:

1ª ETAPA: Todas as iniciativas enviadas serão avaliadas, com pontuação, sem divisão de região.

2ª ETAPA: As três iniciativas com maior pontuação por Região brasileira, serão selecionadas para a apresentação durante o seminário por meio de gravação em vídeo conforme descrito nos Critérios para participação.

## Critérios para julgamento das iniciativas:

As iniciativas inscritas serão avaliadas por um comitê avaliador. Não serão divulgados os nomes dos avaliadores, por tratar-se de um processo sigiloso.

O avaliador dará uma nota para cada um dos seguintes critérios, cuja soma máxima será de 100 pontos:

- a. Alinhamento com os princípios e diretrizes do SUS e com as diretrizes, objetivos e ações prioritárias da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres – 30 pontos;
- b. Caráter inovador\* – 20 pontos;
- c. Reprodutibilidade em outras realidades – 20 pontos;
- d. Relevância dos resultados – 30 pontos

\* Será considerada uma iniciativa com caráter inovador aquela iniciativa que inova na maneira de criar estratégias ou caminhos diferentes daqueles habituais utilizados para o enfrentamento da violência contra a mulher. A inovação não se refere necessariamente à invenção de novos produtos, serviços ou tecnologias, mas também à criação de modos diversos de organizar e otimizar serviços com os recursos já existentes.

A partir das avaliações, serão selecionadas 15 iniciativas, 3 de cada Região do país, que serão divulgadas no site <https://seminariosaudedamulher.ufsc.br>. Além disso, o resultado será enviado por e-mail para todos os participantes inscritos.

A organização do mapeamento não se responsabiliza por informações preenchidas de forma incorreta ou incompleta que impossibilitem o contato com os responsáveis pela inscrição da iniciativa, como endereço de e-mail e número de telefone (incluindo DDD).

Caso não existam inscrições suficientes para alguma das regiões do Brasil, ou caso as inscrições recebidas sejam indeferidas por não cumprirem os critérios deste edital, as vagas excedentes serão distribuídas entre as demais regiões por sorteio.

Todas as iniciativas inscritas que estiverem de acordo com os critérios do Edital ficarão disponibilizadas no site <https://seminariosaudedamulher.ufsc.br/>, com destaque para as 15 selecionadas.

## Premiação:

As iniciativas classificadas na segunda etapa, serão convidadas a apresentarem seus trabalhos em 5 (cinco) minutos, durante o **Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à violência contra as Mulheres**, em dois momentos:

27/07: serão transmitidos os vídeos das apresentações de cinco minutos, gravadas anteriormente com a comissão organizadora, de todas as 15 iniciativas selecionadas neste edital. As perguntas que eventualmente o público enviar à comissão, serão respondidas na manhã (28/07) seguinte e apresentadas no formato de vídeo, no segundo dia do Seminário.

28/07: nova apresentação de cada uma das equipes, com as respostas às perguntas do dia anterior.

**PRÊMIO:** As iniciativas que participarem dos dois momentos do seminário terão oportunidade de publicar seu trabalho no formato de artigo científico na Revista "Saúde & Transformação Social" conforme normas da revista para "experiências transformadoras". O artigo será publicado em até 6 meses após o envio da versão final, que deverá ocorrer no dia 30/09/2021 no endereço (<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao>).

## Inscrição e envio das iniciativas:

As inscrições deverão ser realizadas entre os dias 01/06 e 30/06/2021.



As inscrições das iniciativas serão realizadas unicamente por meio do preenchimento do formulário a seguir: <https://forms.gle/tmWGNGKDP26i2cmFA>

A inclusão da iniciativa no processo de avaliação deste edital estará condicionada ao preenchimento correto das informações solicitadas nos campos do formulário disponibilizado.

## Cronograma:

| ETAPA  | DATA                  |
|--|-----------------------|
| LANÇAMENTO DO EDITAL   | 01/06/2021            |
| INSCRIÇÃO DAS INICIATIVAS PELOS PARTICIPANTES  | 01/06 a<br>30/06/2021 |
| AVALIAÇÃO DAS INICIATIVAS – 1ª ETAPA   | 30/06 a<br>04/07/2021 |
| AVALIAÇÃO DAS INICIATIVAS – 2ª ETAPA   | 05/07 a<br>09/07/2021 |
| DIVULGAÇÃO DO RESULTADO  | 09/07/2021            |
| GRAVAÇÃO DOS VÍDEOS DAS INICIATIVAS PARA O SEMINÁRIO (EM HORÁRIOS PRÉ-AGENDADOS COM COMISSÃO ORGANIZADORA)                     | 12 A<br>16/07/2021    |
| GRAVAÇÃO DOS VÍDEOS DE RESPOSTAS PARA O SEMINÁRIO (EM HORÁRIOS PRÉ-AGENDADOS COM COMISSÃO ORGANIZADORA)                        | 28/07/2021            |
| PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO  | 27 E<br>28/07/2021    |
| ENTREGA DA VERSÃO FINAL DO ARTIGO CIENTÍFICO MODELO (EXPERIÊNCIAS TRANSFORMADORAS) PARA A REVISTA SAÚDE & TRANSFORMAÇÃO SOCIAL | 30/09/2021            |
| PUBLICAÇÃO DO ARTIGO NA REVISTA SAÚDE & TRANSFORMAÇÃO SOCIAL   | ATÉ 30/03/2022        |

## ANEXO B – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

### Formulário do Edital

1º Seminário Nacional de Estratégias da Saúde para o Combate à Violência Contra as Mulheres

Acesse o edital neste link: <https://seminariosaudedamulher.ufsc.br/edital-experiencias/>

---

**\*Obrigatório**

### INFORMAÇÕES DE QUEM FAZ A INSCRIÇÃO

Preencha os dados abaixo - são seus dados pessoais

1. **Nome completo \***

Incluir apenas o nome de quem está se responsabilizando por inscrever a iniciativa

---

2. **E-mail \***

Incluir apenas o e-mail de quem está se responsabilizando por inscrever a iniciativa

---

3. **CPF \***

Favor inserir somente números

---

### TÍTULO E LOCALIZAÇÃO DA INICIATIVA

4. **Título da Iniciativa \***

O título dado à prática executada.

---

## 5. Estado e Região \*

Definir em qual Estado (ou DF) a prática é executada - Região incluída automaticamente

*Marcar apenas uma oval.*

- Amazonas (Norte)
- Roraima (Norte)
- Amapá (Norte)
- Pará (Norte)
- Tocantins (Norte)
- Rondônia (Norte)
- Acre (Norte)
- Maranhão (Nordeste)
- Piauí (Nordeste)
- Ceará (Nordeste)
- Rio Grande do Norte (Nordeste)
- Pernambuco (Nordeste)
- Paraíba (Nordeste)
- Sergipe (Nordeste)
- Alagoas (Nordeste)
- Bahia (Nordeste)
- Mato Grosso (Centro-Oeste)
- Mato Grosso do Sul (Centro-Oeste)
- Goiás (Centro-Oeste)
- Distrito Federal (Centro-Oeste)São
- Paulo (Sudeste)
- Rio de Janeiro (Sudeste)
- Espírito Santo (Sudeste)
- Minas Gerais (Sudeste)
- Paraná (Sul)
- Rio Grande do Sul (Sul)Santa
- Catarina (Sul)

**6. Município \***

Em qual, ou quais, municípios a prática é executada.

---

**INFORMAÇÕES SOBRE OS ENVOLVIDOS****7. Instituição responsável \***

Qual instituição pública é responsável pela iniciativa. (Lembramos que é obrigatória a participação da saúde enquanto responsável pela iniciativa, podendo a mesma ser realizada em parceria com outros setores).

---

**8. Parceiros**

Detalhar quais foram as parcerias firmadas para a execução da iniciativa, quando houver, definindo o papel de cada parceiro. (Opcional)

---

**9. Equipe \***

Nomes de cada um dos indivíduos que compõe a equipe que desenvolve as ações e suas respectivas profissões.

---

---

---

---

---

**10. Telefone institucional \***

Favor preencher somente números incluindo o DDD

---

**11. Esfera de gestão da iniciativa \***

Grupo A – Estados e DF, Grupo B – Municípios.

---

## INFORMAÇÕES DA INICIATIVA

Preencher os campos abaixo de forma descritiva, apontando detalhes da iniciativa.

12. **JUSTIFICATIVA - O que motivou a realização dessa iniciativa? \***

Explique as razões ou acontecimentos que levaram ao planejamento da iniciativa.

---

---

---

---

---

13. **OBJETIVOS - O que se esperava modificar ou realizar a partir da iniciativa? \***

Detalhe os objetivos da proposta, o que se esperava alcançar.

---

---

---

---

---

## PRAZOS E ABRANGÊNCIA

14. **Quando teve início? \***

Mês e ano do início das atividades.

---

15. **Já foi concluída? \***

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**16. Qual data prevista para conclusão? \***

Mês e ano de previsão de conclusão. Caso não tenha data prevista de conclusão, ou sejam iniciativas de continuidade, preencher com "não se aplica" ou "N/A".

---

**17. Onde é desenvolvida? \***

Descreva se contemplou todo o estado (ou DF), município, ou um bairro, região de saúde ou outro lugar específico.

---

---

---

---

---

**PÚBLICO ALVO****18. Qual o perfil das mulheres envolvidas nessa iniciativa? \***

Descrever quais são as características principais do grupo de mulheres selecionadas para participar.

---

---

---

---

---

**19. De que forma a iniciativa é divulgada ao público? \***

Detalhar quais foram os instrumentos usados para dar publicidade à iniciativa.

---

---

---

---

---

20. Como as mulheres foram selecionadas para participar?

Detalhar como foi realizada a escolha dos participantes. (Opcional)

---

---

---

---

---

21. Ao final, ou até o momento, quantas mulheres participaram da iniciativa? \*

---

## IMPLEMENTAÇÃO

22. Detalhe a equipe envolvida na realização da iniciativa. \*

Número, profissão/ocupação de cada pessoa e sua função.

---

---

---

---

---

23. Descreva resumidamente a atividade realizada. \*

Explicar como eram desenvolvidas as atividades, considerando sua periodicidade e a rotina de trabalho.

---

---

---

---

---

24. Descreva quais as dificuldades encontradas para realização das atividades.

Exemplo: pouco engajamento dos profissionais, das mulheres, falta de decisão e/ou interesse político etc. (Opcional)

---

---

---

---

---

## RESULTADOS

25. Quais foram os resultados observados depois da implantação / implementação? \*

Descreva as mudanças observadas / alcançadas com a iniciativa (na qualidade da atenção, na organização dos serviços, no planejamento de novas ações, etc.)

---

---

---

---

---

26. Descreva os resultados observados. \*

---

---

---

---

---



27. Existe equipe responsável pelo monitoramento / avaliação da iniciativa? Com \*  
que frequência?

Detalhar como é feito o monitoramento / avaliação da iniciativa.

---

---

---

---

---

28. Quais os pontos positivos da iniciativa?

(Opcional)

---

---

---

---

---

29. Quais as limitações da iniciativa?

Descrever as dificuldades para realização da iniciativa inscrita. (Opcional):

---

---

---

---

---

30. Existe página eletrônica (site, blog, facebook etc)?

(Opcional)

---

31. Outras informações/resultados relevantes.

(Opcional)

---

---

---

---

---

## DISPONIBILIDADE

32. Declaração de disponibilidade. \*

Ao clicar na caixa abaixo, você declara ter disponibilidade para participar da gravação da apresentação para o seminário entre os dias 12/07/2021 e 16/07/2021 e também participar da gravação das respostas direcionadas ao trabalho apresentado no seminário no dia 28/07/2021, no período matutino, caso a experiência aqui inscrita seja selecionada.

*Marque todas que se aplicam.*

Declaro ter disponibilidade

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

**Google** Formulários