



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3332>

A política pública na prática: atuação dos burocratas de nível de rua em casos de violência de gênero

Making public policy happen: action of street-level bureaucrats in cases of gender-based violence

Haciendo que la política pública suceda: actuación de los burócratas de nivel de calle en casos de violencia de género

Thais Ferreira Rodrigues¹ Kathie Njaine²
Fátima Regina Cecchetto³

¹Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
thfrodrigues87@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
knjaine28@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
face.fiocruz@gmail.com

Resumo

Analisa-se o atendimento a mulheres em situações de violência de gênero em dois dispositivos de Atenção Primária à Saúde em um território periférico do Rio de Janeiro, focalizando-se as narrativas e práticas dos “burocratas de nível de rua”, agentes que atuam na interface entre os usuários e o Estado. Os procedimentos metodológicos adotados foram observação participante de atividades assistenciais e entrevistas semiestruturadas com os profissionais entre 2022 e 2023. Ao processarem as demandas e queixas de violências de gênero no cotidiano da Atenção Primária, os agentes frequentemente encontram desafios como a falta de infraestrutura e integração na rede assistencial, o que requer a atuação discricionária em variados episódios. As ações desses agentes públicos podem tanto facilitar quanto dificultar o acesso aos serviços de saúde, influenciando diretamente as rotas críticas no atendimento às mulheres. Na análise considera-se que as vivências dos operadores e as complexas interações entre os aspectos institucionais e sociais são cruciais para entender o campo das políticas públicas voltadas para o enfrentamento das violências de gênero e os limites encontrados na implementação delas.

Palavras-chave violência de gênero; burocracia de nível de rua; discricionariedade; violência estrutural, rotas críticas.

Como citar: RODRIGUES, Thais F.; NJAINE, Kathie; CECCHETTO, Fátima R. A política pública na prática: atuação dos burocratas de nível de rua em casos de violência de gênero. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, 2025, e03332297. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3332>

Recebido: 07/03/2025
Aprovado: 14/07/2025



Abstract

We analyze the provision of care to women experiencing gender-based violence within two Primary Health Care units located in a peripheral area of Rio de Janeiro, Brazil. It focuses on the narratives and practices of “street-level bureaucrats,” agents who operate at the interface between users and the State. The methodological procedures adopted included participant observation of care-related activities and semi-structured interviews with professionals between 2022 and 2023. In their daily work within Primary Health Care, these agents often face challenges such as inadequate infrastructure and lack of integration within the care network, which necessitate discretionary actions in various situations. The actions of these public agents can either facilitate or hinder access to health services, directly influencing the critical pathways in the care provided to women. The analysis considers that the experiences of these operators, along with the complex interactions between institutional and social aspects, are crucial for understanding the field of public policies aimed at addressing gender-based violence and the limitations encountered in their implementation.

Keywords gender-based violence; street-level bureaucracy; discretion; structural violence; critical pathways.

Resumen

Se analiza la atención ofrecida a mujeres en situaciones de violencia de género en dos dispositivos de Atención Primaria de Salud ubicados en un territorio periférico de Río de Janeiro, Brasil, centrándose en las narrativas y prácticas de los “burócratas de nivel de calle”, agentes que operan en la interfaz entre los usuarios y el Estado. Los procedimientos metodológicos adoptados incluyeron la observación participante de actividades asistenciales y entrevistas semiestructuradas con los profesionales entre 2022 y 2023. Al procesar las demandas y quejas relacionadas con la violencia de género en el cotidiano de la Atención Primaria, los agentes enfrentan con frecuencia desafíos como la falta de infraestructura y la escasa integración en la red de atención, lo que exige una actuación discrecional en diversos episodios. Las acciones de estos agentes públicos pueden tanto facilitar como dificultar el acceso a los servicios de salud, influyendo directamente en las rutas críticas de atención a las mujeres. El análisis considera que las experiencias de los operadores y las complejas interacciones entre los aspectos institucionales y sociales son fundamentales para comprender el campo de las políticas públicas orientadas al enfrentamiento de las violencias de género y los límites encontrados en su implementación.

Palabras clave violencia de género; burocracia de nivel de calle; discrecionalidad; violencia estructural; rutas críticas.

Introdução

A literatura sobre implementação de políticas públicas tem atribuído centralidade à atuação dos “burocratas de nível de rua” (BNR), cuja relevância cresce em contextos de instabilidade, como territórios periféricos afetados por múltiplas formas de violência e pela precariedade das ações estatais. Esses profissionais operam diretamente na interface entre o Estado e a população, decidindo cotidianamente quem acessa o quê, quando e de que forma (Lipsky, 1980; Lotta, 2021).

Em sua atuação cotidiana, os BNR precisam lidar com conflitos entre o que era esperado e o que o contexto traz de novo. Diante das pressões nos serviços, esses agentes desenvolvem habilidades para administrar as incertezas e ocorrências não previstas nas normas, o que demanda soluções criativas e adaptadas. Portanto, eles operacionalizam as políticas exercendo a discricionariedade, ou seja, a liberdade para a tomada de decisão em inúmeras situações potencialmente contraditórias nas quais se exigem produtividade, resolutividade e flexibilidade na interação face a face com a população (Lotta, 2021). Em razão disso, em suas práticas as políticas públicas não são apenas implementadas, mas interpretadas, adaptadas e, muitas vezes, recriadas.

A discricionariedade é um elemento central para a compreensão das ações institucionais dos BNR, porque é por meio dela que as decisões são tomadas, as políticas implementadas e as práticas realizadas. A discricionariedade assume contornos ainda mais complexos em contextos marcados por crises constantes, como a insegurança pública e as emergências sanitárias (Fernandez et al., 2023). Nessas situações, os agentes são frequentemente forçados a decidir sem protocolos claros, mobilizando repertórios pessoais, experiências prévias e relações comunitárias. Embora essa autonomia possa gerar acolhimento e inovação, ela também expõe os riscos de arbitrariedade, moralismo e desproteção.

Nos atendimentos às mulheres em situação de violência, o exercício da discricionariedade pelos operadores de serviços públicos assume papel decisivo na definição dos itinerários de cuidado. É possível que se produzam efeitos ambivalentes: ao mesmo tempo que se pode facilitar o acesso e o acolhimento qualificado, também se pode impor obstáculos adicionais às usuárias. Esses efeitos impactam diretamente as chamadas rotas críticas, conceito desenvolvido por Sagot (2000) para descrever os caminhos percorridos por mulheres na busca por apoio diante da violência, os quais são frequentemente marcados por barreiras institucionais, revitimização, falta de escuta sensível e descontinuidade no atendimento. Em outras palavras, as rotas críticas dizem respeito não apenas ao percurso físico entre serviços, mas sobretudo aos processos sociais e simbólicos que tornam esse percurso mais ou menos tortuoso.

Esses profissionais são responsáveis por operacionalizar a política pública em nível local. São eles que atuam na linha de frente, realizando a triagem, classificação e categorização das pessoas que serão beneficiárias das políticas nos dispositivos de Atenção Primária à Saúde. Esse é um processo “afetado”, isto é, não é neutro, automático ou destituído de personalização. No entanto, isso não significa que todos os BNR ajam da mesma maneira, uma vez que as vivências concretas dos atores interferem na implementação das políticas abordadas neste artigo.

Apesar das diversas pesquisas sobre o papel das burocracias de nível de rua na implementação de políticas públicas, ainda é limitada a produção empírica que examine como esses trabalhadores atuam em contextos periféricos marcados por múltiplas formas de violência e pela ausência ou precariedade das ações estatais. Há, portanto, necessidade de desenvolver estudos nos quais se aprofunde a compreensão sobre a atuação dos agentes públicos na execução de políticas em territórios onde o Estado opera de maneira intermitente (Bonelli et al., 2019).

No campo da saúde, esse desafio se intensifica. Os dispositivos de Atenção Primária, embora formalmente concebidos como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), acabam funcionando como *locus* privilegiado de acolhimento de demandas sociais e emocionais, inclusive de mulheres em situação de violência (Aguiar et al., 2023). A centralidade da Atenção Primária nesse processo revela, por um lado, a potência do trabalho em saúde para identificar e acolher situações de vulnerabilidade; por outro, expõe a sobrecarga e os limites de profissionais que, muitas vezes, atuam sem formação específica, sem rede de apoio e sem respaldo institucional. Adicionalmente, a dimensão de gênero atravessa de maneira decisiva a atuação dos BNR. Como profissionais majoritariamente mulheres, muitas oriundas dos próprios territórios, essas agentes também são afetadas pela violência, discriminação e invisibilização que enfrentam as usuárias (Menezes et al., 2022).

Investigações situadas e de base empírica tornam-se, assim, fundamentais para analisar as estratégias, os dilemas e as mediações construídas cotidianamente por BNR em áreas afetadas por violências estruturais. Ao fazer isso, buscamos contribuir para o campo da análise de políticas públicas com foco na dimensão concreta da implementação e, especialmente, no modo como a violência de gênero é enfrentada por quem está na linha de frente do cuidado e da ação pública.

O objetivo foi analisar como diversos elementos se combinam para produzir políticas públicas, assim como identificar aspectos que influenciam no comportamento de indivíduos ou grupos em seus processos decisórios, compreendidos como resultado de múltiplos elementos complexos, contraditórios e ambíguos. Descrevemos e analisamos o atendimento das mulheres em situação de violência de gênero em dois dispositivos da Atenção Primária à Saúde inseridos na periferia da cidade do Rio de Janeiro.

Percurso metodológico

O trabalho de campo consistiu em observação participante e entrevistas semiestruturadas com profissionais de variadas especialidades, como descrito no Quadro 1. Optamos por essa abordagem por promover um contato direto com o fenômeno observado, possibilitando obter maiores informações sobre o modo de funcionamento dos dispositivos de saúde, com base na vivência dos atores sociais em seu próprio contexto de atuação (Geertz, 2008; Minayo et al., 1994).

Para que essa inserção acontecesse, uma liderança comunitária, interlocutora de outros projetos no território, colaborou com a ambientação. Assim como fez Foote Whyte (2005), cientista social que se tornou referência na pesquisa em contextos urbanos por valorizar a constante e intensa aproximação e diálogo com os sujeitos investigados, foram mantidos contatos prolongados com pessoas que participavam das dinâmicas locais para que pudéssemos obter apoio no desenvolvimento do trabalho. Essa liderança, tal como a assistente social que apresentou Foote Whyte ao Doc, seu “informante” principal, pode ser identificada como nossa primeira interlocutora. A pesquisa se inicia na aproximação com ela. Os contatos seguintes foram feitos utilizando-a como referência e ao final de cada entrevista esse processo se repetia (Vinuto, 2014; Lotta et al., 2023). A inserção no campo se iniciou em novembro de 2022 e perdurou até maio de 2023.

A primeira atividade observada foi uma assembleia de moradores promovida em conjunto pelos dispositivos de saúde locais, atividade que se repetiu posteriormente. Na sequência, após as devidas apresentações e concordância das gestoras, o trabalho de campo foi realizado pela primeira autora deste texto, que observou duas rodas de conversa de mulheres. Seguiu-se um convite para participar de uma reunião da rede local denominada Colegiado Gestor, que contou com a presença de representantes da Rede de Enfrentamento às Violências de Gênero, como o Centro de Referência da Assistência Social, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social, entre outros. As observações foram devidamente registradas em um caderno de campo. Durante esse período de observação de campo, em três momentos diferentes, as atividades foram canceladas por ameaças de violência armada. Moradores e os agentes comunitários do território alertaram sobre o perigo e a ida a campo foi cancelada pela falta de segurança para circular na área.

Entre os entrevistados, estavam BNR, gestores das duas unidades de saúde do território e gestoras da administração municipal. A seleção da amostra teve como estratégia a amostragem propositiva não probabilística e contemplou profissionais de diversos campos de atuação como agente comunitário de saúde (ACS), psicóloga, médica, assistente social, nutricionista e educador físico.¹

Quanto ao perfil dos entrevistados, os resultados da observação participante se coadunam com pesquisa² que demonstrou que os BNR de dispositivos de saúde são majoritariamente mulheres, todas se declararam cisgênero. A maior parte não reside no território, e, em relação à capacitação, só uma profissional recebeu treinamento para atendimento às mulheres em situação de violência. Na amostra da presente pesquisa, a maior parte se identificava como branca, mas é válido observar que a maior parte dos entrevistados que eram do território se declararam negros,³ enquanto aqueles que eram de fora se declararam brancos.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas com 14 pessoas que tinham relação com a implementação de políticas de enfrentamento das violências de gênero. As entrevistas tiveram duração média de uma hora e ocorreram no período de abril a outubro de 2023, em sua maioria, nos próprios locais de trabalho dos entrevistados por escolha deles. A única exceção foi uma entrevista realizada em um *shopping* próximo ao local de moradia da entrevistada que não foi trabalhar no dia marcado porque a unidade de saúde estava fechada em decorrência de tiroteio no território. Após a autorização de cada um, as conversas foram gravadas e transcritas posteriormente no *software* Premiere. Cada entrevistado recebeu um código numérico correspondente à ordem em que as entrevistas foram realizadas para garantir a confidencialidade de suas falas.

O Quadro 1 traz algumas características dos entrevistados com base nas respostas ao questionário.

Quadro 1 – Dados dos/das entrevistados/as

Participante	Área de atuação	Sexo/gênero	Cor/Raça	Mora no território	Tempo de trabalho na unidade	Capacitação sobre violência de gênero	eMulti (Nasf)
1	Agente comunitária de saúde	Mulher cis	Branca	Sim	13 anos	Não	Não
2	Nutricionista	Mulher cis	Negra	Não	1 ano	Não	Sim
3	Educador físico	Homem cis	Branco	Não	1 ano	Não	Sim
4	Agente comunitária de saúde	Mulher/cis	Negra	Sim	12 anos	Não	Não
5	Psicóloga	Mulher	Branca	Não	2 anos	Não	Sim
6	Assistente social	Mulher	Branca	Não	1 ano	Não	Sim
7	Psicóloga	Mulher	Branca	Não	2 anos	Não	Sim
8	Médica	Mulher	Branca	Não	2 anos	Não	Sim
9	Agente comunitário de saúde	Homem	Negro	Sim	1 ano	Não	Não
10	Psicólogo	Homem	Branco	Não	9 anos	Não	Sim
11	Secretária Municipal de Políticas para Mulheres/ Gestora pública	Mulher	Negra	Não	3 anos	Não	Não
12	Gerente/ Assistente social	Mulher	Branca	Não	1 ano	Não	Não
13	Gerente/ Psicóloga	Mulher	Branca	Não	1 ano	Não	Não
14	Enfermeira/ gestora	Mulher	Branca	Não	12 anos	Sim	Não

Fonte: elaboração própria.

Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Território analisado

O trabalho de campo focalizou a atuação de profissionais da saúde lotados em dois dispositivos de saúde situados na zona norte do município. O território tem duas unidades de saúde, um Centro Municipal de Saúde (CMS) e uma Clínica da Família (CF).⁴ Esses dispositivos de saúde estão situados em uma área naquele momento ocupada pelo Programa Cidade Integrada implementado pelo governo do Estado.⁵ A implantação do Programa Cidade Integrada se deu após uma operação da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro que resultou em uma das mais sangrentas chacinas ocorridas no estado, em maio de 2021, na qual 28 pessoas foram executadas por policiais. Sob o comando do governador

Claudio Castro (PL), a justificativa oficial para a ocupação pela Polícia Militar teve por base “a retomada de territórios”, discurso anteriormente mobilizado na implantação das Unidades de Polícia Pacificadora no estado em 2010.

Existem inúmeras problemáticas advindas das operações policiais nas favelas. As principais delas são: a violência, o número de mortes, os abusos policiais, a retirada do direito de ir e vir da população, o uso excessivo da força e os traumas que são deixados na população. As operações impactam severamente a rotina dos serviços prestados à população, causando, por exemplo, fechamento das escolas e a suspensão dos atendimentos de saúde (Instituto Fogo Cruzado, 2025).

Após a organização e leitura do material coletado durante o trabalho de campo, passamos à análise de conteúdo das narrativas, conforme proposto por Minayo (1992). As unidades de registros com trechos significativos das entrevistas buscaram os significados, regularidades e contradições nos discursos dos/as interlocutores/as, e o conteúdo foi sistematizado em eixos de análise.

Emergiram três categorias principais, estruturadas conforme a recorrência dos elementos presentes nos discursos: ausência de dispositivos da rede intersetorial; formação e compreensão sobre violência de gênero; e estratégias de enfrentamento na atuação profissional. As subcategorias foram construídas com base nas regularidades e variações nos relatos dos profissionais sobre suas experiências e práticas. A primeira categoria evidenciou a precariedade da rede de apoio institucional, com destaque para a ausência de equipamentos especializados, a sobrecarga da Atenção Primária e a subnotificação de casos. A segunda revelou lacunas na formação sobre violência de gênero, contrapostas ao aprendizado adquirido pela vivência prática. A terceira reuniu estratégias de enfrentamento adotadas no cotidiano profissional, como ações baseadas em julgamento pessoal, abordagens indiretas, uso de redes comunitárias e rodas de conversa. A organização das categorias buscou refletir a complexidade dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas ações. Essa categorização está sistematizada no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorias de análise

Categoria	Subcategorias
1. Ausência de dispositivos da rede intersetorial	1.1 – Inexistência de equipamentos especializados no território
	1.2 – Sobrecarga da Atenção Primária de Saúde como porta de entrada no atendimento a mulheres em situação de violência
	1.3 – Subnotificação de casos de violência
2. Formação e compreensão sobre violência de gênero	2.1 – Ausência de capacitação institucional
	2.2 – Conhecimento adquirido por experiência pessoal
3. Estratégias de enfrentamento na atuação profissional	3.1 – Ações baseadas em julgamento pessoal
	3.2 – Abordagens indiretas e sem confronto
	3.3 – Uso de redes comunitárias e vínculos pessoais
	3.4 – Rodas de conversa como espaço de acolhimento coletivo

Resultados e Discussão

Ausência de dispositivos da rede intersetorial de enfrentamento das violências contra as mulheres

A cidade do Rio de Janeiro tem uma Secretaria da Mulher (SPM-Rio) que oferta dispositivos de acolhimento e atendimento às mulheres em situação de violência, tais como a Casa da Mulher Carioca, Núcleos Especializados de Atendimento às Mulheres e Centros Especializados de Atendimento à Mulher.

Há também espaços denominados Salas da Mulher Cidadã e, por fim, um abrigo sigiloso especializado na proteção de mulheres e seus filhos que estão em risco iminente. Nenhum desses dispositivos está presente no território estudado. As mulheres em situação de violência devem ser encaminhadas para outras localidades distantes de suas casas. Os primeiros atendimentos de acolhimento e direcionamento acabam ficando a cargo do CMS e da CF. Essa é uma questão controversa porque a atuação deveria se basear em ações intersetoriais que combinassem todas as áreas, e não apenas a Saúde, que fica sobrecarregada no enfrentamento.

A questão da inexistência de dispositivos municipais da rede intersetorial no território examinado suscita uma série de perguntas e dilemas. Trata-se de um problema que envolve escolhas institucionais e de natureza política, que não serão aprofundados aqui. Por essa razão, podemos afirmar que a implementação desses dispositivos vai além do atendimento às demandas das mulheres em situação de violência do território; pode, inclusive, ser pautada por anseios político-administrativos de gestores responsáveis pela área ou por dados estatísticos relativos à violência de gênero naquele perímetro. Ao ser indagada sobre a ausência dos locais adequados para atendimento, a gestora responsável afirmou que:

entendo a Casa da Mulher Carioca como se fosse nosso hospital e as Salas da Mulher Cidadã como se fossem as Clínicas da Família, a gente criou essa estratégia. Não adiantava expandir se as mulheres não conseguissem chegar nas equipes técnicas, as Salas da Mulher não possuem advogadas, psicólogas e assistentes sociais, quem possui essa estrutura são as Casas da Mulher, então nós pensamos em pegar as Casas como centro de referência e ao redor a gente vai expandindo, esse também foi outro ponto estratégico. A nossa estratégia foi basicamente isso, circunferência do território do mapa, priorização do território da zona oeste por ser a maior parte dos feminicídios. (Entrevistada 11 – mulher negra)

Pelo relato da gestora da SPM-Rio, foi necessário priorizar, inicialmente, a zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, tendo em vista “a alta taxa de feminicídio no local”, registrada em dados públicos, oriundos de fontes como as fichas de Notificação de Violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Esse discurso oficial contrastava com rumores locais segundo os quais a opção por outro território se deveu a anseios políticos-eleitorais, o que ficou evidenciado posteriormente.

A escolha da localização de dispositivos públicos da rede de enfrentamento das violências baseada em dados públicos sobre violência fez com que interrogássemos as gestoras acerca das notificações de violência nas unidades de saúde do território analisado. Durante o trabalho de campo, houve relatos de casos de violência nos atendimentos que não estavam registrados nas notificações. As duas gerentes tinham conhecimento sobre a exigência de preenchimento da ficha de notificação e alegaram que esse procedimento era reforçado durante as reuniões gerais de gestão, mas que não tinham participado de nenhuma formação específica sobre o assunto. Descreveram também que estimulavam os profissionais das unidades de saúde a acessarem o material disponibilizado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde sobre a temática. No entanto, reconheceram que poucas notificações eram feitas e que era fundamental modificar isso na dinâmica institucional.

Vale ressaltar que a notificação compulsória no Brasil está prevista para os casos com indícios suspeitos ou confirmação de violência contra a mulher que for atendida nos serviços de saúde públicos ou privados. A lei n. 10.778/2003

Estabelece a obrigatoriedade da comunicação à autoridade policial no prazo de 24 horas, ficando a autoridade sanitária encarregada de facilitar o processo de notificação compulsória, com caráter sigiloso. As obrigações legais recaem sobre pessoas físicas e entidades públicas e privadas, sendo sua inobservância uma infração. (Barros et al., 2022, p. 2)

Duas questões sobre as fichas de notificação foram levantadas pelas gestoras e devem ser destacadas: o tamanho da ficha, que deve ser preenchida separadamente; e o receio por parte dos BNR de a notificação ser algum tipo de denúncia. No primeiro caso, devido ao excesso de demanda nas unidades de saúde, elas alegaram que o preenchimento da ficha acabaria sendo um trabalho a mais que tomaria mais tempo durante o atendimento.

Ela [a ficha] não vem impressa, por exemplo, diretamente do prontuário. Uma coisa que poderia ajudar seria colocá-la no prontuário, já imprime e pronto. (Entrevistada 6 – mulher branca)

No segundo caso, outra gerente alegou que poderia haver receio dos BNR, principalmente dos ACS, que são do território, em relação à possibilidade de o preenchimento da ficha de notificação resultar em uma denúncia policial, o que gerava medo de alguma represália. Um maior acesso à informação foi ressaltado pelas entrevistadas como solução para essa questão, não somente quanto às instruções de preenchimento e nomenclatura, mas também em relação à importância da geração de dados para formulação e implementação de políticas públicas. Como descrito no seguinte trecho da entrevista:

a gente precisa descentralizar a questão da notificação, não ficar focada só no médico e na enfermeira, para que todo mundo consiga ter esse olhar e se sentir seguro para fazer essa notificação. Mas para isso a gente precisa entender qual é esse caminho, para onde vai essa notificação. Entender que não vai direto para a polícia, vai virar uma denúncia, entendeu? (Entrevistada 6 – mulher branca)

O diálogo da SPM-Rio com os servidores acerca da apresentação dos dispositivos e políticas disponíveis para que as mulheres pudessem ser orientadas e encaminhadas a procurar atendimento e acolhimento foi identificado como uma estratégia da gestão municipal. A secretaria estava realizando um mapeamento do território com a intenção de implantar Salas da Mulher Cidadã em parceria com as unidades de saúde do território, o que não havia ocorrido até o encerramento da pesquisa. As gestoras das unidades divergiam quanto à disponibilidade de acomodação dentro do espaço e à falta de segurança e proteção que isso poderia acarretar para as mulheres e os BNR.

Formação e compreensão sobre violência de gênero

Ao analisar a ação dos BNR no atendimento às mulheres em situação de violência, um dos pontos enfatizados foi a ausência de uma formação sobre violência de gênero e saúde fornecida pelas instituições. Os profissionais consideraram a formação um fator fundamental para que pudessem aplicar os conhecimentos nas tarefas regularmente executadas por eles. Somente uma das gestoras entrevistadas relatou ter participado de capacitação sobre violência de gênero e saúde oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde/RJ (SMS/RJ), e três entrevistadas (duas ACS e uma assistente social) afirmaram ter frequentado eventos relacionados à temática no Grupo de Articulação Regional, um “braço regional” vinculado ao Núcleo de Promoção da Solidariedade, Prevenção das Violências e Promoção da Solidariedade, Cultura e Paz, que, por sua vez, faz parte da Coordenadoria de Políticas e Ações Intersetoriais da SMS/RJ. Outros profissionais mencionaram a busca de informações por conta própria.

A gente não tem uma capacitação. Na verdade, é uma coisa assim, um interesse individual. Mas pensar numa coisa assim, macro, não tem aqui. (Entrevistada 7 – mulher branca)

Ainda que muitos tenham dito que não obtiveram treinamento adequado, a maioria demonstrou ter conhecimento sobre violência de gênero e os tipos de violência que são enquadrados na Lei Maria da

Penha (n. 11.340/2006). Apenas no relato de uma BNR, transpareceu o desconhecimento da temática, possivelmente motivado pela influência da religião na atuação pública da profissional.

Nunca tive qualquer discussão sobre gênero na minha formação intelectual. Gênero para mim é somente uma palavra da língua portuguesa carregada de ideologia, como o pastor diz na igreja. Não sei denominar tipos de violências, para mim é tudo igual para homens e mulheres. (Entrevistada 6 – mulher branca)

A experiência pessoal de sofrer violência de gênero foi invocada por uma entrevistada como justificativa para uma maior atenção à temática na ação desenvolvida posteriormente na vida profissional, como podemos perceber no seguinte trecho:

Eu fui vítima de violência. Como eu não queria mais ficar com ele, ele ameaçou colocar fogo na casa. Então eu cheguei aqui desesperada, era nova e eu tive todo apoio da gerente na época para denunciar. Eu acho que se eu não tivesse suporte, ficaria por isso mesmo, porque eu já sofria violência e não sabia. E depois que eu me inseri no serviço, eu comecei a identificar todas as violências que eu sofria e eram várias. (Entrevistada 4 – mulher negra)

Capacitações institucionalizadas pela gestão pública, com metodologia, conteúdo e carga horária adequados, seriam ideais para promover aquisição e aplicação de conhecimento sobre violência de gênero na prática profissional. Essas formações fariam com que profissionais da linha de frente dos equipamentos se especializassem e pudessem incorporar uma perspectiva de gênero em suas atuações. Além disso, a vivência pessoal é mobilizada positivamente pelos profissionais, posto que confere um caráter pedagógico, humanizado à interação, sensibilizando o profissional diante das situações de violências que acometem os usuários dos serviços de saúde. Cabe registrar que, conforme mencionado por uma das gestoras, existia uma oficina mensal em que se discutiam os casos de violência notificados. Essas atividades eram oferecidas pelo Grupo de Articulação Regional, mas foram paralisadas durante o período pandêmico e depois canceladas.

Estratégias de enfrentamento na atuação profissional

Durante as entrevistas, foi recorrente a menção a um caso de violência sexual contra uma menina de 2 anos que pautou a atuação conjunta entre BNR de profissões distintas. O fato chegou ao conhecimento da equipe eMulti por meio dos ACS responsáveis pelo atendimento desses casos no território. Eles haviam percebido “algo estranho” quando passaram pela casa e notaram que a criança ficava sozinha com o genitor e o padrasto dele (“vôdrasto”). Diante disso, membros da equipe junto com a ACS traçaram como estratégia visitar a família e abordar a questão com os responsáveis pela criança, principalmente a mãe.

A psicóloga da equipe entrou em contato com a diretora da creche que a criança frequentava e a ACS mobilizou o educador físico da unidade para que a acompanhasse na visita domiciliar. O intuito era distrair os supostos agressores, simulando uma consulta sobre a locomoção comprometida do “vôdrasto” após um AVC. Havia, entre os profissionais, a percepção de que uma presença masculina poderia trazer maior ‘segurança’ para o restante da equipe caso tivesse alguma represália à abordagem. O educador físico ficou conversando com os homens da casa enquanto a ACS conversava com a mãe para entender o que estava acontecendo e indicar possíveis caminhos de atendimento. Após estabelecerem os contatos iniciais foi confirmado pela mãe que o padrasto do genitor possivelmente havia cometido violência sexual.

Após ser orientada sobre a possibilidade de denúncia, a mãe optou por ir à delegacia e tanto o genitor quanto seu padrasto fugiram de casa e deixaram mãe e filha sozinhas. Diante desse quadro de

abandono, a equipe da unidade de saúde providenciou formas de inserção e acolhimento da mulher na localidade, já que ela vinha de outro estado e não tinha nenhuma rede de apoio próxima.

Assim, essa mãe, ela perde esse pai [da menina] porque ele acredita nesse padrasto. Os dois desaparecem no mundo e ela está extremamente sozinha, numa situação muito vulnerabilizada. Ela me fala numa consulta “poxa, eu tô precisando, eu tô muito sozinha, fui numa igreja, achei esquisito, que não sei o que eu falo”. Aí eu falo com a agente comunitária: “tem algum espaço que você sinta que seja acolhedor para essa mulher?”. E a ACS responde: “estou levando, passando na casa dela hoje pra levar pra minha igreja”. (Entrevistada 5 – mulher branca)

O relato anterior mostra o grau de autonomia dos BNR da unidade analisada. Foram mobilizados recursos e contatos para que a mãe e a criança se inserissem na comunidade e pudessem ser acolhidas. As ações da ACS se estenderam para fora do horário de trabalho e para além das dependências da clínica ou da residência da mulher. Todavia, em vez de dispositivos de políticas públicas, a profissional indicou uma instituição religiosa como local de acolhimento para essas pessoas.

Questionados sobre a existência de algum protocolo ou plano de atendimento na unidade de saúde que orientasse esse tipo de atuação, os três entrevistados envolvidos no caso responderam negativamente. Alegaram que agiram de acordo com entendimentos próprios do que era mais adequado, priorizando a ação da ACS por ser do território e já ter tido contato prévio com a família.

Desse modo, pode ser dito que entre os profissionais da ponta há um *modus operandi* de, nos casos em que se percebe alguma situação de violência, não se fazer uma abordagem direta, o que está em consonância com protocolos de atendimento, como o proposto por D'Oliveira et al. (2019). Uma das entrevistadas quis usar um exemplo pessoal de atuação que considerava exitoso no encaminhamento de um caso de violência no território:

Há mais ou menos nove anos, fui fazer uma visita domiciliar a uma jovem. Eu cheguei, ela estava com uma queimadura de ferro na coxa, a marca certinha do ferro de passar roupa. Eu olhei a queimadura, disfarcei. Pedi a caderneta de vacina da filha, perguntei como estava as consultas.... Eu não fui direto lá. Então eu fiz todo o meu trabalho de agente comunitário de saúde e falei: “Poxa, você já ouviu falar no programa Minha Casa, Minha Vida?”. Ela fez a inscrição pelo meu celular e nesse dia ela se abriu da queimadura. Disse: “Se sáísse seria um sonho porque eu queria me separar”. Resumindo, depois de três anos essa menina vem e fala que foi sorteada com o apartamento do Programa. Caramba, eu acho que foi a minha maior conquista. (Entrevistada 4 – mulher negra)

Constata-se, nessa situação, que a usuária não foi orientada a procurar atendimento para as agressões físicas sofridas. No entanto, na medida em que a ACS conseguiu ter acesso direto à jovem dentro da sua casa, pôde orientá-la para buscar outros dispositivos da rede de enfrentamento e benefícios governamentais de que a mulher poderia usufruir.

Durante a observação participante, foi identificado um silenciamento na denominação da violência de gênero durante as atividades promovidas. Ao serem questionados sobre essa postura, os BNR concordaram, de forma unânime, sobre a observação da não nomeação literal, justificando que isso adviria da normalização da violência na vida das mulheres do território. Em decorrência disso, optavam por não transformar “tudo somente sobre violência”. A troca de experiências entre as mulheres já seria uma forma de falar sobre violência sem precisar citar diretamente, como pode ser notada no depoimento abaixo.

A mulher padrão daqui sofreu violência sexual quando mais nova, de algum modo, em algum nível, de alguma forma. Já começa na infância, e aí chega na senhora

mais velha que já está tomando 40 mg de fluoxetina, toma clonazepam toda noite, já começando, coitada, a ter problemas de memória e a antecipar algum processo de demência. É uma resposta que a saúde dá para mulheres, que essa violência doméstica não só é invisibilizada porque é muito cotidiana, e dos próprios agentes comunitários, por mais que eles percebam, todos eles também viveram. Por isso que quando você pensar em fazer um grupo de saúde mental, para mim faz mais sentido fazer uma roda de mulheres. (Entrevistada 5 – mulher branca)

Conforme os depoimentos recolhidos, as rodas de conversa têm sido a “mais bem sucedida estratégia” para abordar o assunto da violência de gênero nos dispositivos. Porém, persistem dificuldades para que esse tipo de violência seja abordado de maneira direta com as mulheres.

As rodas de conversa entre mulheres são uma tecnologia importante para se abordar a questão da violência de forma coletiva (Saporito et al., 2022). As rodas se fortaleceram como programação recorrente nas unidades de saúde após a chacina em maio de 2021. Foram feitos acolhimentos coletivos às mães dos mortos por meio dessas atividades de discussão sobre o impacto da violência estatal na saúde mental de familiares de jovens que foram vítimas da letalidade policial. São muitas as facetas de dor e sofrimento que o descontrole do uso força policial impõe aos afetados e afetadas por essas práticas abusivas nas periferias, como exemplificam os inúmeros casos nos quais as famílias percorrem um árduo caminho pedindo justiça. É por meio das vozes de mães e familiares que a morte violenta de homens e mulheres jovens sai do lugar da invisibilidade, deslocando o veredito acusatório de que eram “envolvidos com o crime” (Cecchetto, Muniz e Monteiro, 2018), rótulo que justifica violências e violações desses corpos.

As rodas de conversa seriam uma opção de atuação das equipes eMulti. A execução delas não é uma imposição das gestoras ou dos dispositivos. Nem todas as unidades de saúde da cidade dispõem desse recurso e cada unidade tem suas próprias temáticas e dinâmicas que variam de acordo com o repertório dos profissionais e a realidade local. Assim como observado por Saporito et al. (2022), são os membros da equipe eMulti que desenvolvem essas atividades e, geralmente, os/as ACS mobilizam as usuárias para que participem. Esse pode ser um problema, na medida em que não estão institucionalizadas como algo fixo na dinâmica das unidades de saúde e podem ser interrompidas a qualquer momento, caso os agentes que organizam não façam parte mais da equipe, por exemplo. Essa estratégia, era, portanto, uma opção dos próprios BNR que dedicavam horário na agenda para isso, uma ação discricionária nos termos de Lipsky (1980) e Lotta et al. (2023).

Ainda neste ponto, foi observado tanto nas rodas de conversa como em outros eventos que não havia uma nomeação direta do termo violência durante as atividades realizadas nas unidades de saúde. Situações violentas eram descritas, porém não eram identificadas como tal de forma explícita.

A gente está num território tão violento que a gente não fala de todas as violências. A sensação que eu tenho é que se a gente fosse falar dessas violências todas, a gente talvez ficasse só nisso, sabe? (Entrevistada 6 – mulher branca)

A ausência de denominação do problema suscita um questionamento acerca da dificuldade em enfrentar algo que não é conceituado. Como seria possível pensar na implementação de políticas para algo que não tem nome?

Os resultados apresentados pela pesquisa com BNR permitem compreender como as ausências estruturais e operacionais nos serviços públicos impactam diretamente o enfrentamento das violências de gênero. A falta de dispositivos especializados da rede intersetorial, a escassez de formação qualificada e a inexistência de protocolos institucionais podem ser configurados como rotas críticas (Sagot, 2000) enfrentadas pelas mulheres ao buscar atendimento. Essas condições expõem não apenas a fragilidade da rede de proteção, mas também os limites da atuação cotidiana dos profissionais da linha de frente.

A ausência de serviços no território configura uma violência estrutural, de acordo com o que foi proposto por Johan Galtung (1969). Para o autor, é preciso entender como as estruturas sociais podem limitar as ações das pessoas, colocando-as em situações de vulnerabilidade. A violência estrutural é evitável e limita as necessidades humanas/sociais essenciais fazendo com que as pessoas não tenham suas demandas satisfeitas de forma adequada, quando poderiam. Essa violência não resulta de ações diretas, mas de uma estrutura social desigual, na qual o poder desigual leva a oportunidades de vida desiguais, como no caso da doença ou da pobreza. A violência estrutural é a consequência de ações humanas, e a distribuição desigual de serviços públicos discrimina aqueles com menos ou nenhum poder na sociedade (Monteiro e Villela, 2013). Nesse sentido, constata-se também desigualdade territorial na oferta de serviços nos territórios periféricos, como o estudado, uma vez que carecem de dispositivos públicos existentes em outros locais da cidade (Lotta, 2021).

Conforme relatado pela maioria dos profissionais, as lacunas na formação sobre rotinas e padrões para o enfrentamento do fenômeno da violência de gênero impactaram diretamente o atendimento de mulheres ou meninas no território, produzindo um terreno fértil para o exercício da discricionariedade. Nas situações analisadas, os profissionais precisaram utilizar do improviso e da capacidade de dar respostas individualizadas para cada caso. Por não saberem como agir, ou por não terem recebido as instruções devidas, as decisões tiveram como respaldo a memória acumulada de experiências pessoais atravessadas por vivências traumáticas com violências. Esse tipo de brecha ou lacuna dá margem a concepções idealizadas de suas atribuições como mediadores entre os cidadãos e o Estado.

Neste ponto, destaca-se a necessidade de Educação Permanente em Saúde (EPS) para aprimorar a qualificação profissional e melhorar o processo de trabalho. A capacitação dos profissionais da saúde deve integrar ensino, serviço, gestão e controle social e é fundamental para garantir uma atenção humanizada e eficaz que abarque vigilância, prevenção, promoção de saúde e cultura de paz (Souza et al., 2024). A descontinuidade das formações e a inexistência de capacitações sobre violência de gênero demonstram uma lacuna da EPS da SMS.

Ao agirem de acordo com suas preferências e valores pessoais, esses burocratas tomaram decisões imediatas que impactaram a vida das pessoas. As estratégias colocadas em prática para lidar com a situação complexa da violência de gênero naquele território visaram contornar a falta de recursos operacionais e metodológicos sobre seu enfrentamento, recursos que deveriam ter sido ofertados periodicamente pelas organizações de saúde e não foram. Se, por um lado, a criatividade como *modus operandi* de processamento das demandas dos usuários lhes permite lidar com o público de maneira humanizada, por outro, há o risco de que os BNR se rendam ao favoritismo, estereotipagens e conveniências que servem a seus próprios interesses e aspirações, como ficou nítido no encaminhamento religioso à questão da violência sexual contra uma criança. No lugar de uma orientação laica, por exemplo, uma mãe foi orientada a recorrer a um dos serviços religiosos atuantes na favela, o que pode acarretar a captura da política pública por dispositivos morais (Monteiro e Villela, 2013).

Como alertou Lipsky (1980) sobre os constrangimentos prevalecentes nas burocracias que atendem a população mais empobrecida, “quanto mais pobre o cidadão, maior é a influência que os burocratas de nível de rua têm sobre eles” (Lipsky, 1980, p. 43). Portanto, os BNR têm um papel crítico nesses direitos dos cidadãos, atuando como agentes do controle social na elegibilidade dos casos e na distribuição do bem público, muitas vezes de acordo com suas crenças e moralidades. A discricionariedade é necessária diante das ausências institucionais, porém a discricionariedade moralizada (Lipsky, 1980; Lotta et al., 2023) pode banalizar políticas com viés de gênero e reproduzir desigualdades (Fernandez et al., 2023).

Ao tornar exequíveis as políticas abrangentes, muitas vezes ambíguas ou contraditórias, esses agentes desenvolvem padrões de práticas dentro de contextos com muita imprevisibilidade e recursos escassos. Como foi dito, para lidar com essa dupla pressão, eles operacionalizam as políticas exercendo a discricionariedade, ou seja, a autonomia limitada para a tomada de decisão em inúmeras situações potencialmente contraditórias nas quais se exigem produtividade, resolutividade e flexibilidade na interação face a face com a população.

Em ações públicas executadas por BNR envolvendo o enfrentamento das violências de gênero, a maioria das operadoras são mulheres, logo as fronteiras entre quem cuida e quem é cuidada tornam-se porosas e a política pública é moldada por interações marcadas por empatia, desigualdade e pertencimento (Monteiro e Villela, 2013; Lotta et al., 2023). Essa constatação reforça a importância de discutir a implementação de políticas de gênero considerando não apenas a questão normativa, mas também as vivências, os afetos e os desafios de quem as executa.

Os achados da pesquisa confirmam que os BNR não apenas implementam políticas públicas, mas as traduzem, interpretam e (re)criam de acordo com as condições materiais e simbólicas disponíveis em seu contexto de trabalho. Isso confere aos BNR um papel decisivo na concretização ou na negação dos direitos. Assim, reafirma-se a necessidade de investimento em formação, recursos e protocolos integrados, bem como do fortalecimento da rede intersetorial como pilares para garantir que o atendimento às mulheres em situação de violência não dependa exclusivamente da boa vontade ou do repertório individual dos profissionais. É preciso transformar práticas improvisadas em respostas institucionais articuladas, pautadas na justiça social e na promoção da equidade.

Considerações finais

Além da falta de articulação da rede assistencial, considerada uma estratégia fundamental não só para o enfrentamento das violências como também para promoção de saúde, mais duas lacunas foram identificadas no campo analisado. A primeira diz respeito à (falta de) formação ancorada em conteúdos substantivos sobre o enfrentamento da violência de gênero. Isso talvez explique a dificuldade dos profissionais em realizar uma abordagem direta e ampliada sobre violência de gênero – incluindo a incorporação dos homens na assistência, ação que tem escapado às intervenções em saúde de um modo geral. A segunda se refere à ausência de protocolos ou planos de ação para a ação pública dos BNR. Essas lacunas nos dispositivos devem ser vistas como um alerta, pois podem gerar rotas críticas para as mulheres. Isso ocorre quando ações discricionárias são guiadas por crenças pessoais, em desacordo com as diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento às Violências contra a Mulher, o que pode resultar em ainda mais violência.

Esses direcionamentos institucionais são necessários quando pensamos, inclusive, nos ACS que pertencem ao mesmo território e estão submetidos a violências e vulnerabilidades diversas. A violência estrutural também atinge esses profissionais. Logo, são pessoas em situação de violência atendendo pessoas que também a experienciam, o que pode acarretar a naturalização da violência, como foi identificada em algumas falas dos/das entrevistados/as. A nomeação das violências e uma estratégia coletiva de como abordá-las e enfrentá-las deve partir das instâncias gestoras da rede intersetorial e devem sempre ser avaliadas, atualizadas e reiteradas.

Os BNR têm desempenhado papel estruturante na implementação das políticas públicas. Portanto, o investimento em formações e treinamentos em recursos humanos contribuirá para a constituição de um corpo de agentes cada vez mais preparado para atuar nos dispositivos da Atenção Primária.

Notas

¹ Todos os BNR faziam parte da equipe eMulti das unidades. Essas equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde são compostas de profissionais da saúde de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais. Elas operam de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na Atenção Primária.

² De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as mulheres representam 70% da força de trabalho no setor de saúde e cuidados (Organização das Nações Unidas, 2022).

³ Segundo o Censo 2022, aproximadamente 60% da população das favelas brasileiras se declarou preta ou parda (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024).

⁴ Os CMS e as CF são as unidades de Atenção Primária da Saúde que atendem à população de forma territorializada e coordenam o cuidado em saúde. Entre as diferenças entre elas, destaca-se a área coberta pela Estratégia Saúde da Família em que os CMS não são totalmente cobertos e as CF são, porém ambos se configuram como principais portas de entrada para a rede de saúde.

⁵ O programa Cidade Integrada é um projeto do governo do Rio de Janeiro que visa à transformação social de comunidades. O programa foi implementado em duas favelas da capital, Jacarezinho e Cesarão.

Informações do artigo

Contribuição das autoras

Concepção do estudo: TFR, KN e FC.

Curadoria dos dados: TFR, KN e FC.

Coleta de dados: TFR

Análise dos dados: TFR, KN e FC.

Redação - manuscrito original: TFR, KN e FC.

Redação - revisão e edição: TFR, KN e FC.

Financiamento

Bolsa de Pós-Doutorado Júnior pelo Programa Inova da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para Thais Ferreira Rodrigues.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada, em 18 de fevereiro de 2023, pelo CEP da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (CAAE: 63156922.0.0000.5240) e, em 17 abril de 2023, pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 63156922.0.3001.5279).

Apresentação prévia

Este artigo é resultante de pesquisa de pós-doutorado realizada por Thais Ferreira Rodrigues, no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), de 2022 a 2024.

Material e/ou dados de pesquisa em repositório

O material não está em nenhum repositório.

Preprint e versão final

Não foi disponibilizado como *preprint*.

Referências

- AGUIAR, Janaina M. *et al.* Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 1, e220266pt, 2023. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220266pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5nY8t6kLrVW8N6FjQzXgRTL/>. Acesso em: 10 jun. 2025.
- BARROS, Alcina J. S. *et al.* A notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, segundo a lei n. 10.778, de 24/11/2003, tem sido feita por psiquiatras? *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1-6, 2022. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.299>. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/299>. Acesso em: 12 jun. 2025.
- BONELLI, Francesco *et al.* A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas no Brasil: uma proposta de análise expandida. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 800-816, nov. 2019. Edição Especial. <https://doi.org/10.1590/1679-395177561>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/wt3kd4KtSJB39TwQTjpVFfn/>. Acesso em: 2 jun. 2025.
- CECCHETTO, Fatima; MUNIZ, Jacqueline O.; MONTEIRO, Rodrigo A. A produção da vítima empreendedora de seu resgate social: juventudes, controles e envolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2.803-2.812, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.18352018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9QtTqZpWg7gLx9Fs8Fs4YdN/>. Acesso em: 7 maio 2025.
- D'OLIVEIRA, Ana F. *et al.* Atenção primária à saúde: protocolo de atendimento a mulheres em situação de violência. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: University of Bristol, 2019. Disponível em: https://sites.usp.br/generovienciaesaude/wp-content/uploads/sites/748/2021/05/protocolo_de_atendimento.pdf. Acesso em: 5 maio 2025.
- FERNANDEZ, Michelle *et al.* Atuação da APS em tempos de crise: uma análise da discricionariedade dos profissionais de saúde na pandemia da covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 3.563-3.572, dez. 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.09312023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xZjwFT7rYKYkp5v4DsgcSfg/>. Acesso em: 1 jun. 2025.
- GALTUNG, Johan. Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, v. 6, n. 3, p. 167-191, 1969.
- GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. I. ed., 13. reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2022: favelas e comunidades urbanas*. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-favelas-e-comunidades-urbanas.html>. Acesso em: 24 jul. 2025.
- INSTITUTO FOGO CRUZADO. *Educação sob cerco*. Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://fogocruzado.org.br/dados/relatorios/educacao-sob-cerco>. Acesso em: 1 jun. 2025.
- LIPSKY, Michael. *Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos*. Brasília: Enap, 1980.
- LOTTA, Gabriela. *Burocracia e Implementação de Políticas Públicas: desafios e potencialidades para redução de desigualdades*. Brasília: Enap, 2021.
- LOTTA, Gabriela S. *et al.* A resposta da burocracia ao contexto de retrocesso democrático: uma análise da atuação de servidores federais durante o Governo Bolsonaro. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 40, e266094, 2023. <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2023.40.266094>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/fcyFtg7C3ZBvPx9hRMHTWXF/>. Acesso em: 1 jun. 2024.
- MENEZES, Ana de *et al.* Examining the Intersection between Gender, Community Health Workers, and Vector Control Policies: A Text Mining Literature Review. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 106, n. 3, p. 768-774, 2022. 10.4269/ajtmh.21-0619. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35073506/>. Acesso em: 2 jun. 2025.

MINAYO, Maria C. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MINAYO, Maria C. *et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Orgs.). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Mulheres são maioria na saúde e cuidados, mas ganham 24% menos que homens. *ONU News*, 14 jul. 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/07/1795492>. Acesso em: 24 jul. 2025.

SAGOT, Montserrat. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Washington: PAHO, 2000. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/ruta-critica-mujeres-afectadas-por-violencia-intrafamiliar-america-latina-estudios-caso>. Acesso em: 30 jul, 2025

SAPORITO, Bruna et al. Análise da organização do trabalho nos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica no Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e320211, 2022. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320211>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PLRXJWnRDpdF8BhNfg6xg8p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2025.

SOUZA, Edinilsa R. *et al.* Avaliação da formação profissional sobre a temática dos acidentes e violências no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, mar. 2025. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.18082024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dHnXPzdcprJ3wt3rnPL549v/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2025.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em 18 maio 2025.

WHYTE, William F. *Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. (Antropologia social).