

**ISABEL CRISTINA NUCCI DE SOUZA**

**CONSTRUÇÃO DA REDE DE CUIDADO INTEGRAL À PESSOA EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E APOIO AOS PROFISSIONAIS:  
narrativa de uma experiência**

**ASSIS**

**2013**

**ISABEL CRISTINA NUCCI DE SOUZA**

**CONSTRUÇÃO DA REDE DE CUIDADO INTEGRAL À PESSOA EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E APOIO AOS PROFISSIONAIS:  
narrativa de uma experiência**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP - Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Dr. Silvio Yasui

**ASSIS**

**2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

S729c Souza, Isabel Cristina Nucci de  
Construção da rede de cuidado integral à pessoa em situação de violência sexual e apoio aos profissionais: narrativa de uma experiência / Isabel Cristina Nucci de Souza. Assis, 2013  
135 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr. Silvio Yasui

1. Humanização na saúde. 2. Crime sexual. 3. Saúde pública.  
I. Título.

CDD 158.2  
362.1

## **Dedicatória**

Às vítimas de violência sexual,  
entre elas minha querida avó  
Isabel, alma hoje iluminada.

Ao Fernando, meu amor, meu  
amigo, minha força... e ao Diogo,  
meu filho amado, minha riqueza e  
orgulho nesta vida.

## **Agradecimentos**

A Deus, que me iluminou durante esta caminhada e me concedeu mais uma página de minha vida para colocar no livro do tempo...

Ao Dr.Silvio Yasui, orientador desta pesquisa, por acreditar em mim, por me mostrar como transformar uma experiência vivida em ciência, ao me levar a resgatar pensamentos e ações adormecidas e torná-las vivas e potentes nesta narrativa. Obrigada por partilhar comigo seus conhecimentos.

Aos meus amigos do Hospital Regional de Assis, onde comecei a minha história na saúde e me apaixonei...

Àqueles que acreditaram na possibilidade de escrever esta história a muitas mãos, o meu carinho e respeito, em especial à equipe de implantação do Programa Pétala no HRA: Assistente Social Fátima, Dra.Lenilda, Dra. Juliana Penço, Luciana Moreli, Psicóloga Claudia, Dra. Enf.Teresa Cristina, Claudio, Edinaldo, Margarete, Aparecida Paes e toda equipe da obstetrícia, que não mediram esforços em atender aos meus chamados, ora de aflição, ora de alegria, quando dos inúmeros encontros para formar a Rede Pétala.

A Gisele, Fátima e Celso do Grupo de Vigilância Epidemiológica – 13 – Assis, que permitiram, desde 2006, avançar nos estudos epidemiológicos do Programa Pétala, inclusive para esta pesquisa. Sempre junto, aceitando os desafios que a cada momento o programa nos trazia.

Aos profissionais da Polícia Civil, Polícia Militar e Polícia Científica, que sempre fortaleceram e apoiaram em todas as fases desta jornada.

Ao Dr. Pedro Marcos Karan Barbosa e Dr.Luís Carlos de Paula e Silva, docentes da Famema, por dividirem seus conhecimentos para a formação da equipe matricial do Pétala.

A Roseli Regina Freire Marconato, diretora do Centro de Planejamento e Avaliação DRS IX Marília, que me acompanhou nesta caminhada com sugestões e palavras de incentivo.

Às queridas Articuladoras da Atenção Básica do DRS IX Marília: Lúcia, Regina, Akemi, Joseli, Rosangela, Beth Aoque e Beth Koga. Sem vocês, não sei o que seria. Em meio a tantos afazeres e viagens aos municípios, estavam sempre prontas para me ouvir.

Meus agradecimentos para querida amiga Dra. Andreia Sanches Garcia, que muito me incentivou nesta caminhada.

Aos trabalhadores da Atenção Básica, por suas lutas diárias, pela coragem, garra e perseverança.

A todos os profissionais e instituições parceiras que ainda hoje se encontram empenhados em manter as “portas” abertas do Programa Pétala para acolher e cuidar de pessoas em situação de violência sexual.

Aos meus familiares por entenderem este momento tão importante... a esta altura da vida.

Há quem fale que a vida da gente  
É um nada no mundo  
É uma gota, é um tempo  
Que nem dá segundo,  
Há quem fale que é um divino  
Mistério profundo  
É o sopro do Criador  
Numa atitude repleta de amor.  
(Gonzaguinha)

SOUZA, Isabel Cristina Nucci. **Construção da rede de cuidado integral à pessoa em situação de violência sexual e apoio aos profissionais: narrativa de uma experiência.** 2013. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras– Universidade Estadual Paulista, Assis 2013

## **RESUMO**

A violência sexual é um fenômeno universal que atinge indistintamente todas as classes sociais e pessoas de todas as faixas etárias e sexo, produzindo sérias consequências biopsicossociais para quem a sofre, as quais são difíceis de mensurar. Com este trabalho, pretendo descrever e analisar os movimentos ocorridos e as estratégias que foram utilizadas pela equipe do Hospital Regional de Assis, para a implantação do Programa Pétala, buscando o cuidado em rede à pessoa em situação de violência sexual, na microrregião de saúde de Assis e Ourinhos. Esta pesquisa é a narrativa da minha experiência sobre o processo vivenciado para formação da rede, que será objeto deste estudo. Tal processo me coloca a refletir quanto à necessidade de registrar os caminhos realizados para implantação da rede de atenção à pessoa em situação de violência sexual e seu significado para os dias atuais, uma vez que se buscava a mudança de paradigmas até então institucionalizados e sedimentados em seu modo de cuidar fragmentado das vítimas de violência sexual. Era imperativo desconstruir e construir coletivamente uma forma de atenção em rede, na tentativa de garantir a integralidade do cuidado em saúde, mas também garantir a diminuição do sofrimento da vítima e, por que não, dos trabalhadores frente a uma situação tão difícil de ser administrada isoladamente. Portanto, era necessário rever as implicações profissionais e institucionais, desprendendo-me de antigos conceitos e propor a possibilidade de mudanças e transformações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Rede, Violência Sexual, Humanização, Saúde Coletiva.

SOUZA, Isabel Cristina Nucci. **Construcción de la red del cuidado integral a la persona em situación de violência sexual, y, apoyo a los profesionales: narrativa de una experiencia.** 2013. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras– Universidade Estadual Paulista, Assis 2013

## **RESUMEN**

La violencia sexual es un fenómeno universal que afecta sin distinción a todas las clases sociales y a todas las personas, sin hacer diferencia de edad ni de sexo, lo que produce serias consecuencias biopsicosociales para el afectado, consecuencias estas difíciles de medir. Este trabajo pretende describir y analizar los movimientos ocurridos y las estrategias utilizadas por el equipo del Hospital Regional de Assis, durante la implantación del Programa Pétala, que busca cuidar en red a la persona en situación de violencia sexual, en la micro-región de salud Assis-Ourinhos. Esta investigación es la narrativa de mi experiencia sobre el proceso vivenciado durante la formación de la red, objeto de este estudio. La vivencia me permite reflexionar sobre la necesidad de registrar los caminos recorridos para llegar a la implantación de la red de atención a la persona víctima de violencia sexual y el significado alcanzado, por esta red, en los días de hoy, destacando la búsqueda por mudanzas de paradigmas hasta entonces, institucionalizados y consolidados, asumiendo un cuidado fragmentado de la víctima de violencia sexual. De esta forma, se hacía necesario desconstruir y construir una forma de atención en red, intentando, de esta forma, garantizar el cuidado con la salud integral y disminuir el sufrimiento de la víctima, por otra parte, también, se buscó disminuir el sufrimiento de los trabajadores frente a una situación tan difícil de ser administrada en forma aislada. Por lo tanto, se hacía necesario revisar las consecuencias profesionales e institucionales, el desprendimiento de conceptos antiguos y la propuesta de mudanzas y transformaciones.

**PALABRAS-CLAVES:** Red, Violencia Sexual, Humanización, Salud Colectiva

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ABNAPI – Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas

ABRAPIA – Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome, é a sigla para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Artº. – Artigo

B.O.- Boletim de Ocorrência

CAVVS - Centro de Apoio à Vítima de Violência Sexual do HRA

CD – Compact Disc

CECOM – Centro de Comunicação da Polícia Civil

CID – Classificação Internacional de Doenças

CLAVES – Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde “ Jorge Careli”

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

COAS – Centro de Orientação e Aconselhamento em DST/AIDS

CP – Código Penal

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CRAMI – Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância

DDM – Delegacia de Defesa da Mulher

DEAMs - Delegacias Especializadas de Atendimento às mulheres

DIR – VIII- Direção Regional de Saúde – VIII- Assis

DRS – IX- Departamento Regional de Saúde – IX – Marília

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FAMEMA – Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GIPA – Grupo Integrado de Prevenção e Atenção à DST/AIDS de Assis

GM – Gabinete do Ministro  
GTH – Grupo de Trabalho Humanizado  
HRA – Hospital Regional de Assis  
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança  
IPUSP – Instituto de Psicologia da USP  
LACRI – Laboratório de Estudos da Criança  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização Não Governamental  
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde  
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar  
PNRAV – Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências  
SES-SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde  
UNESP - Universidade Estadual Paulista  
UNICEF - United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)  
USP – Universidade de São Paulo  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
Do caminho pessoal à construção da pesquisa.....	13
Caminhos percorridos em busca da humanização da atenção hospitalar.....	15
O significado do nome 'Pétala' e propostas de 'ações'.....	20
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	22
Considerações sobre a violência sexual.....	23
A Pessoa em Situação de Violência Sexual - Conceitos e alguns dados epidemiológicos.....	27
Políticas públicas de enfrentamento da violência sexual no Brasil.....	32
Redes e Intersetorialidade: caminhos para integralidade.....	37
A atenção básica como eixo norteador da construção da rede de atenção à pessoa em situação de violência sexual.....	41
<b>CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....	48
A narrativa como instrumento de pesquisa.....	50
O Ensaio.....	52
Por que o termo 'Tempo'.....	53
<b>TEMPOS</b> .....	54
<b>Tempo 1 – Antes da implantação do Programa Pétala</b> .....	54
Mapeando os serviços das regiões de saúde de Assis e Ourinhos.....	61
Delineando o perfil e o fluxo de acolhimento do Programa Pétala.....	65
<b>Tempo 2 – Implantação do Programa Pétala</b> .....	71
Formação da equipe de referência no HRA.....	71
Conhecendo outros serviços no estado de São Paulo.....	74
Tecendo a rede, conhecendo os nossos parceiros.....	76

Apoio aos profissionais da equipe do HRA: a singularidade do cuidado para o Programa Pétala.....	78
A formação das equipes de referência nos municípios e o acolhimento.....	81
O apoio matricial e equipe de referência como dispositivos para construção da rede intersetorial.....	84
Projeto pedagógico para formação da rede de atenção integral à pessoa em situação de violência sexual.....	87
Os encontros pedagógicos nos municípios e a intersetorialidade.....	90
<b>Tempo 3 – Meu olhar para a construção da rede – Programa Pétala.....</b>	<b>96</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>118</b>
Anexo 1.....	119
Anexo 2.....	121
Anexo 3.....	122
Anexo 4.....	123
Anexo 5.....	125
Anexo 6.....	129
Anexo 7.....	131
Anexo 8.....	135
Anexo 9.....	136

## **APRESENTAÇÃO**

### **Do caminho pessoal à construção da pesquisa**

Para este trabalho, escolhi, como forma gramatical, a escrita em primeira pessoa que, pela pesquisa narrativa, me permite ousar e me colocar nesse processo, o que farei ora no singular, proporcionando ao leitor vivenciar minhas opiniões, reflexões, angústias, pensamentos e sentimentos e ora no plural, quando me referir às situações coletivas e ao trabalho em equipe que envolveu a implantação do Programa Pétala - Rede de Atenção Integral à Pessoa em situação de Violência Sexual no Hospital Regional de Assis.

Quando o Hospital Regional de Assis foi inaugurado em 23 de setembro de 1991, tudo era muito novo, tudo estava por ser implantado, inclusive o setor de Serviço Social, cuja equipe era composta por oito profissionais. O aprendizado ocorreu no cotidiano, no fazer fazendo, pois não havia na região nenhum serviço social hospitalar como referência.

Os serviços que existiam se pautavam em modelos os quais não queríamos agregar ao projeto de implantação do serviço social hospitalar, pois estavam vinculados a um processo de trabalho pautado em cobranças de 'pacotes' médicos hospitalares e funcionando como 'recepção' e porta de entrada dos problemas imediatos.

Não era esse o modelo que buscávamos, pois entendíamos que nossa atividade deveria fazer parte da equipe do cuidado, sendo este estendido aos familiares. Nossa aposta era na elaboração de projetos que considerassem a necessidade dos usuários.

Após cinco anos frente à chefia do Serviço Social hospitalar, fui designada para o cargo de diretora de apoio clínico e diagnóstico, o que compreendia as seguintes seções: reabilitação, com os serviços de fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia; a seção de diagnóstico por imagem com os exames de raio-x, ultrassom, tomografia e ecocardiograma; a seção de métodos gráficos com os exames de eletrocardiograma e eletroencefalograma; o SAME - serviço de

arquivo médico e estatística, também sob minha responsabilidade, e o Serviço Social.

Durante o período que ocupei esse cargo, foi possível contribuir na construção de políticas de trabalho voltadas aos cuidados oferecidos aos pacientes internados e ambulatoriais na realização de exames, além de apoio aos familiares acompanhantes. Foi realizada a revisão das normas e rotinas instituídas, as quais nem sempre iam ao encontro das necessidades dos usuários e familiares, pois elas faziam sentido somente aos profissionais. Estávamos em 1998 e as 'novas' propostas de humanização em uma instituição hospitalar ainda não haviam chegado até nós. Em 2000, deixei essa diretoria e passei a realizar a função de Assistente Técnica da Direção Geral do Hospital Regional de Assis, e foi a grande oportunidade para avançar nas questões voltadas à humanização da assistência hospitalar. Nessa ocasião, procurei agregar várias atividades extra-muros ao universo do HRA, buscando ações intersetoriais, como o Projeto Murucututu – *contadores de histórias no hospital*, que era um projeto de Extensão Universitária, além de um núcleo de estágio curricular destinado a alunos do Curso de Formação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista – Unesp, câmpus de Assis. Outros projetos foram: Jovens Acolhedores, um programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo em parceria com as universidades particulares, uma vez que ele concedia bolsas de estudos; Projeto de Voluntariado, Programa Mãe Canguru, entre outros e, por conseguinte, o Programa Pétala - Rede de Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual, o qual apresentaremos neste trabalho. Há de se observar que a humanização extrapola esse universo, pois procuramos integrar os referidos projetos e programas no processo de humanização do hospital ao longo dos anos aqui relatados.

A partir de 2009, passei a coordenação a outro membro da equipe, pois fui aprovada para um novo projeto da SES-SP, denominado Articulador da Atenção Básica. Frente a essa nova experiência junto às unidades de atenção básica da região de Ourinhos, ficou ainda mais latente a importância e a necessidade dos serviços prestados pelo Programa Pétala para as regiões de saúde de Assis e Ourinhos, uma vez que ele é referência para o cuidado à vítima de violência sexual para essas regiões.

Durante a minha vida profissional, sempre alimentei o desejo de dar continuidade aos meus estudos, mais especificamente fazer o mestrado e

apresentar, como projeto de pesquisa, algo que tivesse vivenciado. Poderia escolher entre os vários projetos com os quais trabalhei, porém essa escolha teria que fazer sentido não somente na minha caminhada profissional, como também na minha história de vida e minha opção foi pelo Programa Pétala.

A realização dessa escolha também foi pautada na possibilidade de documentar cientificamente esse processo, tornando-o fonte de pesquisa e referência para estudos acadêmicos, bem como disponibilizá-lo aos profissionais que desejam buscar informações sobre formação de rede e trabalhos intersetoriais.

### **Caminhos percorridos em busca da humanização da atenção hospitalar**

Em 1991, o Hospital Regional de Assis "Dr. Joelson Leal Lisboa" é inaugurado e aberto para a população em 21 de setembro. Foi regulamentado pelo Decreto Lei nº 33.380 de 23/09/1991, o qual cria a sua estrutura de funcionamento.

Tive a oportunidade de vivenciar esse momento muito esperado pela população de Assis e região, pois fui contratada pelo governo estadual para a implantação do Serviço Social; assim como os demais funcionários, também contratados para colocar os serviços em funcionamento. O contrato era em caráter temporário, e o concurso foi aberto após um ano de funcionamento do hospital, possibilitando a cobertura de vagas não preenchidas. Muitos profissionais contratados em caráter temporário não conseguiram a classificação no concurso, sendo substituídos.

Em 1995, o HRA deixa de ser subordinado ao extinto "ERSA-20", que se passou a denominar DIR-VIII- Direção Regional de Saúde, atualmente DRS-IX- Departamento Regional de Saúde - Marília e passou a ser vinculado diretamente à Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

O nível de complexidade do hospital era muito questionado, sendo tema de debates nos CGRs – Colegiados de Gestão Regional de Assis e Ourinhos e nos CMS - Conselhos Municipais de Saúde, pois os níveis de atenção à saúde ainda não estavam claros para determinar a complexidade do HRA e a sua inserção na construção da rede de atenção à saúde da região.

As redes de atenção à saúde são:

“Organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, que permitem oferecer uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada em tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre essa população”.(MENDES, 2011,p.82)

A organização da rede pressupõe responsabilidades sanitárias e econômicas sobre essa população (do município, do estado e do governo federal), além da ligação dos pontos de atenção à saúde de forma que possibilitem a continuidade do cuidado nos níveis primário, secundário e terciário, sendo os últimos pertencentes aos hospitais na execução de procedimentos de alta complexidade. Se levarmos em consideração esses conceitos nos dias atuais, ainda encontraremos a fragmentação do sistema e do processo de trabalho, em todos os pontos da rede.

Além das dificuldades para constituir o nível de complexidade do HRA, também enfrentávamos situações de tensão dentro e fora do hospital para estabelecer as competências profissionais na produção do cuidado, com forte interferência do atual modelo médico hegemônico incidindo na composição e execução dos serviços do HRA.

Os nossos serviços estão organizados dentro de uma ótica hegemônica, ou seja:

Com isso, devemos entender que são forças sociais, que tem interesses e os disputam com as outras forças, que estão definindo as conformações tecnológicas. Isto é, estes processos de definição do “para que” se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde, são sempre implicados social e politicamente, por agrupamentos de forças que têm interesses colocados no que se está produzindo no setor saúde, impondo as suas finalidades nestes processos de produção. Deste modo, o modelo médico hegemônico...” (MERHY, 1999, p.7).

Sendo uma situação muito aparente, com reflexo no conjunto de trabalhadores e na produção do cuidado no HRA e atendendo à necessidade de campo de estágio e residência médica para FAMEMA - Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília; em 2002, é celebrado o Termo de Cooperação Técnica com a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

Esse momento nos trouxe a necessidade de buscar novas formas de produção de saúde e apoio aos núcleos profissionais do HRA e Famema, assim

como aos usuários, nos direcionando ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

No Brasil, o termo humanização foi forjado em decorrência da luta antimanicomial na área da Saúde Mental e pelos movimentos feministas para humanização do parto e nascimento, na área da Saúde da Mulher.

Vários hospitais, predominantemente do setor público, começaram a desenvolver ações chamadas “humanizadoras”, desenvolvendo atividades lúdicas, trabalhos manuais, melhoria da ambiência; mas não chegavam a modificar o modo de gestão e o processo de trabalho. Não podemos negar o fato de que “(...) pouco a pouco, a ideia foi ganhando consistência, resultando alterações de rotina (por exemplo, visita livre, acompanhante, dieta personalizada). (RIOS, 2009,p.3)

No HRA, com a mudança de gestão, foi realizado o diagnóstico situacional com o objetivo de perceber as nossas fragilidades e fortalezas no modelo de gestão do HRA, sendo realizada pelos docentes da Famema a oficina sobre o Planejamento Estratégico Situacional.

A oficina contou com a participação dos diretores e assistentes técnicos, posição que ocupava na ocasião. Como resultado desses encontros, foi evidenciado que o processo de trabalho do HRA não era claro. As causas se pautavam na comunicação interna inexistente, excesso de centralização administrativa, falta de integração entre as equipes de atendimento, inexistência de protocolos para atendimento médico, não definição do papel do HRA na região, falta de política de treinamento, não definição de papéis dos funcionários, assistência não centrada no paciente, demora do diagnóstico (e conseqüente demora no tratamento), falta de articulação entre gerentes e chefias, falta de resolução da rede básica de saúde e falta de compromisso dos funcionários.

Nas oficinas, também trabalhamos as conseqüências das causas, sendo estas: o descrédito da população em relação à qualidade do serviço prestado pelo HRA, a insatisfação dos gestores, alto índice de tempo médio de permanência, baixa resolubilidade dos serviços, aumento das reclamações, alto índice de reinternação.

Mediante tal resultado, buscou-se reorganizar os serviços com o olhar nas diretrizes da PNH e implantação da educação permanente. Os projetos existentes foram revisados e novos projetos implantados, entre eles a Rede Pétala com a sua necessidade já evidenciada pelo programa de gestação de risco/adolescentes.

Há de se considerar a grande contribuição da PNH para implantação e condução do Programa Pétala, cujos princípios e diretrizes foram fundamentais para sua realização.

Em meio a tantos desafios, não pude furtar meu olhar aos problemas voltados à violência sexual, cuja demanda nos era apresentada através do 'Programa de gestação de risco' do HRA. O público era composto, em sua maioria, por adolescentes que relatavam aos profissionais desse serviço histórias de abuso sexual. Os casos eram relatados nas reuniões do GTH, quando discutíamos a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com a proposta do aleitamento materno exclusivo e parto humanizado.

Os relatos de abuso sexual me inquietavam e necessitava de realizar alguma ação, pois o problema se apresentava em nosso cotidiano e não existia na ocasião um serviço que pudesse abordá-lo na sua complexidade, considerando a integralidade.

Frente a essa inquietação e à necessidade de buscar formas de cuidar dessas jovens, busquei no Ministério da Saúde, na Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo e na Secretaria do Estado da Saúde, subsídios técnicos e financeiros que levaram à formulação, organização e implantação do Programa Pétala em 1º de agosto de 2006.

Para melhor compreensão do leitor, trago neste trabalho uma reflexão sobre a violência sexual como uma questão de saúde pública. Além de como o Programa Pétala busca contribuir para o desenvolvimento da prevenção e intervenção no que se refere às questões de abuso sexual relacionadas aos homens, mulheres, idosos, crianças e adolescentes. Com um olhar interdisciplinar, o Programa Pétala possui uma equipe formada por Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos e Psicólogos e pauta-se na organização de um trabalho em rede intersetorial.

Quando houve a concepção do Programa Pétala, em sua logomarca, não se contemplava a terminologia 'acolhimento', sendo adotada no transcorrer das ações para implantação da rede e na elaboração desta narrativa para descrever a amplitude que esse programa buscou alcançar para produzir saúde/cuidado.

Ao refletir sobre qual acolhimento estaria me referindo para compor este trabalho, busquei entender as formas com que o termo 'acolhimento' se apresentava e como ele é utilizado, conforme a finalidade apresentada no cotidiano de nossas vidas pessoais e profissionais.

Yasui (2006), menciona a utilização do termo ‘acolhimento’ no formato de verbo e substantivo<sup>1</sup>:

Assim, a conjugação do verbo acolher e a utilização de seu substantivo, acolhimento, me parecem indissociáveis, no campo da saúde ao conceito de integralidade, (...)

Para ser acolhido é necessário encontrar uma porta aberta, adentrar ao serviço e ser recebido. O encontro produtor dos atos de cuidar pressupõe um momento de acolhida, de recepção que considere aquele que busca nossa “hospitalidade” em sua totalidade. Assim como o cuidado, acolher é mais do que um ato é uma atitude. (YASUI 2006, p.130)

Neste trabalho, utilizarei o termo ‘acolhimento’ em sua amplitude, buscando requalificar a discussão a respeito do acesso e da recepção (TEIXEIRA 2003) na rede dos serviços de saúde às vítimas de violência sexual, pois ele vai além da porta de entrada dos serviços.

O ‘acolhimento’ não será concebido apenas como um novo nome para uma ‘velha’ atividade e sim como um dispositivo essencial ao cuidado da pessoa em situação de violência sexual, cuja violência nem sempre se revela no físico.

Portanto, somente ser recebido na recepção do Hospital Regional de Assis ou na rede do Programa Pétala, não seria o bastante, e Yasui (2006) nos leva a essa reflexão:

Construir um lugar na relação com aquele que busca os cuidados do serviço implica em ouvir, fazer falar o sujeito e sua subjetividade, colocar a doença entre parênteses e olhar para a pessoa e a complexidade de sua existência. (YASUI 2006, p.131)

## **O significado do nome ‘Pétala’ e propostas de ‘ações’**

O nome Pétala tem o seu surgimento após concurso interno no Hospital Regional de Assis. Foi escolhido pela equipe do então denominado CAVVS- Centro de Apoio à Vítima de Violência Sexual do HRA (antecessor do Programa Pétala). O

---

<sup>1</sup> Acolher’ no dicionário Michaelis on-line(2013) seu significado é: Hospedar, receber (alguém). Abrigar, dar acolhida a, recolher (alguém). Atender, deferir, receber (pedido, requerimento, opinião). Dar crédito a, dar ouvido a. Abrigar-se, amparar-se, recolher-se, refugiar-se. Enquanto substantivo acolhimento é: Ação ou efeito de acolher; acolhida. Abrigo, asilo. Ajuntamento, habitação.

nome Pétala foi considerado como uma 'senha' para o atendimento imediato ao se chegar à recepção do hospital.

Além disso, seu significado está ligado ao conceito de rede de acolhimento referindo-se a uma articulação política entre atores iguais e/ou instituições, não hierárquicas, que se fundamentam nos seguintes princípios: reconhecimento de que o outro existe e é importante, colaboração na realização de objetivos comuns, cooperação no compartilhamento de saberes, ações e poderes; conforme o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, relatório de monitoramento 2003-2004.

Com vista às ideias mencionadas, buscou-se dar um significado ao nome do Programa e à importância do trabalho em rede e um logotipo foi criado:



O logotipo do Programa Pétala possui ao centro a figura de uma flor simbolizando uma pessoa amparada por outra flor maior, cada uma das pétalas da flor azul representa os vários segmentos da rede de acolhimento e cuidado: Saúde, Segurança, Educação, Conselhos, Judiciário, Ministério Público, ONGs, entre outros que possam colaborar para o bem-estar físico, psíquico e social da vítima.

As ações do Programa Pétala pautam-se em prestar atendimento multidisciplinar em saúde para as pessoas em situação de violência sexual, independentemente de sexo e faixa etária, com vistas a prevenir e tratar as consequências decorrentes do abuso sexual e, através da rede, buscar criar mecanismos que resultem no aumento de proteção e na diminuição da vulnerabilidade familiar.

Também busca contribuir para a formação de profissionais, através do desenvolvimento de oficinas de sensibilização e rodas de discussão para acolhimento da pessoa em situação de violência sexual nas unidades básicas de saúde.

Através das oficinas e rodas de discussão locais, buscávamos fomentar a formação de redes municipais de acolhimento a exemplo dos serviços como: 'Girassol' - Programa de Atenção à Violência Sexual de Cândido Mota, Grupo Palmitalense do Programa Pétala, Pétala de Bernardino de Campos, Pétala de Paraguaçu Paulista, Pétala Saúde e Paz de Espírito Santo do Turvo, Pétala Maracaí, Atenção Integrada à Vítima de Violência Sexual do Município de Assis, Pétala de São Pedro do Turvo, Pétala Ipaussu, Pétala Cruzália, Pétala Bernardino de Campos, entre outros, que buscaram 'naquele momento' o seu jeito de ser e de fazer para implantação das redes municipais de atenção à pessoa em situação de violência sexual.

Neste trabalho, pretendo narrar e analisar o processo de implantação do Programa Pétala, objeto deste estudo, e contribuir para a reflexão sobre a potência e os desafios de se construir uma proposta de trabalho em rede.

Espero também poder subsidiar profissionais que se defrontam com o problema da violência sexual nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, parceiros que buscam superação desse problema, através de um cuidado integral e especializado.

## INTRODUÇÃO

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social <sup>2</sup> (OPAS, 1994, p. 5).

A Organização Mundial da Saúde – OMS, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, afirma que “todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais” por causas violentas (2002, p. 03). Só no Brasil, na década de 90, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes e dessas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios. Tanto no mundo como aqui no Brasil, os óbitos infligidos por outros ou auto infligidos constituem sério problema social e têm intensas repercussões na saúde pessoal e coletiva. (MINAYO, 2007,p.1260). Reafirmo o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública, embora não específico da área da saúde, uma vez que é resultado de uma complexa interação de diversos fatores que podem ser individuais, sociais, econômicos, culturais, dentre outros.

Na saúde, quando nos referimos às consequências da violência, elas são classificadas, segundo a CID -10 <sup>3</sup>, sob o título de "Causas Externas" em que se consideram as mortes e internações por violência. Também encontramos o abuso sexual como diagnóstico (T 74.2) na Classificação Internacional de Doenças.

A violência sexual tem sido um problema exposto frequentemente na mídia e vem estimulando debates nas áreas da saúde, segurança pública, judiciária, econômica, social e política.

Por isso, a sua abordagem deve ser multiprofissional e interdisciplinar, apoiada na articulação e no diálogo dos diferentes conhecimentos e na superação das desigualdades, implicando a articulação da segurança, da saúde e do desenvolvimento social.

---

<sup>2</sup> Organização Pan-Americana da Saúde 1994, p. 5 / Organização Mundial da Saúde Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli / CLAVES / ENSP / FIOCRUZ.

<sup>3</sup> A CID 10, Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde é uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de padronizar a codificação e doenças.

Nesse contexto permeado da necessidade do cuidado de quem sofre violência, vamos destacar a pessoa vítima de violência sexual, vítimas silenciosas em sua maioria.

### **Considerações sobre a violência sexual**

Para realização deste capítulo, busco entender os diversos conceitos e significados de violência sexual, pois somente assim poderei atribuir sentido à construção da rede de atenção à pessoa nessa situação, tema deste trabalho.

O conceito de violência sexual é multifocal. Nessa perspectiva, busco conhecer a utilização desse termo em diversas épocas e áreas do conhecimento, a saber: no campo jurídico, em que realizarei uma breve abordagem sobre a legislação no Brasil e a violência sexual; no campo da saúde, com a apresentação de dados epidemiológicos relacionados à pessoa do agressor; e no campo das Políticas Públicas, sobre a formulação delas para enfrentamento da violência sexual no Brasil, além da construção da rede intersetorial de atenção às pessoas em situação de violência sexual.

O fenômeno da violência sexual é de difícil identificação por meio dos dados estatísticos, uma vez que é subnotificada, ou seja, os profissionais da saúde não a realizam, portanto não se dá a devida visibilidade para esses casos. Assim, de acordo com Cecília de Melo e Souza, et. al (BRASIL 2005):

Os casos de violência doméstica analisados pelos tribunais não revelam, ou não mencionam, situações de violência sexual entre as partes envolvidas. Em sendo assim, podemos dizer que os casos de violência sexual que chegam de fato ao Poder Judiciário é muito menor do que a realidade (SOUZA e ADESSE, 2005, P.38).

Durante esta pesquisa, encontrei um vasto material, em sua maioria, voltado à criança e ao adolescente de ambos os sexos com relação à violência sexual. Outra parte, embora menor, estava relacionada à violência sexual contra a mulher e homens adultos; e ainda outra parte, muito incipiente, voltada para violência sexual contra a pessoa idosa.

Ao pesquisar sobre a história da violência sexual no mundo, encontrei estudos nas diversas áreas do conhecimento científico. O artigo *Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura* (ADED, et. al. 2006), aborda os casos atendidos e relatados pelo médico francês Ambroise Tardieu (1818-1879), há mais de um século e que, somente agora, nos últimos quarenta anos, tornaram-se objeto de estudo.

O abuso sexual é uma das práticas mais danosas, sendo uma atividade sexual não consentida. Além de violar os direitos humanos, acarreta graves prejuízos para saúde das vítimas. Atinge ambos os sexos, todas as faixas etárias e grupos sociais, étnicos, além de diferentes níveis socioeconômicos, educacionais e religiosos.

Para que possamos ter um melhor entendimento da proposta deste trabalho, faz-se necessário que ampliemos o nosso olhar, buscando conhecer sobre as políticas que envolvem o enfrentamento da violência sexual no mundo, para o que tomarei como referencial alguns dos muitos esforços da ONU para eliminar a violência sexual no mundo e abordarei mais especificamente a situação do Brasil com relação às políticas de saúde e proteção para crianças adolescentes e mulheres, bem como o abuso sexual e a defesa dos direitos humanos.

No relatório de 2011, do Conselho de Segurança da ONU - "Civilian Protection Measures Not Comprehensive Unless Systematically Include 'Efforts to End Sexual Violence before It Has Begun' (Medidas sistemáticas de proteção civil não menos abrangentes incluindo os esforços para acabar com a violência sexual antes de começar), estabelecia-se que:

É fundamental impedir a violência sexual em situação de conflito antes que ela aconteça, disse a Representante Especial do Secretário Geral para violência sexual relacionada a conflitos, Margot Wallström (...).  
(...) Nossos esforços para defender a segurança internacional não estarão completos se não incluírem esforços para prevenir a violência sexual.

Contudo, esforços têm sido realizados no sentido de prevenir e eliminar a violência contra mulheres e meninas em todas as partes do mundo, através da ONU - Organização das Nações Unidas, com a campanha "UNA-SE":

"Brasil - UNA-SE pelo fim da violência contra mulheres" e do site <http://www.onu.org.br/unase/>, convoca os governos, a sociedade civil, as organizações de mulheres, os jovens, o setor privado, a mídia e todo

sistema ONU para unir forças na erradicação do fenômeno global da violência (...).

Até 2015, a UNA-SE pretende atingir cinco objetivos em todos os países: Adotar e fazer cumprir leis nacionais para combater e punir todas as formas de violência contra mulheres e meninas, adotar e implementar planos de ação nacionais multissetoriais, fortalecer a coleta de dados sobre a propagação da violência contra mulheres e meninas, aumentar a consciência pública e a mobilização social e erradicar a violência sexual em conflito<sup>4</sup>.

Apresentamos aqui apenas as ações da ONU, órgão representativo em todo mundo. Há de se levar em consideração que estão focadas na violência sexual em situação de conflito, não se abstendo de se considerar que as violências sexuais no Brasil também apresentam números alarmantes.

No estado de São Paulo, no período de 1997 a 2007, a Fundação Seade<sup>5</sup>, através das secretarias de justiça e segurança pública, registrou 104.973 casos de violência sexual, uma média de 9.543 casos por ano, sendo que 41.781 de estupros consumados, 12.448 de estupros tentados e 50.744 de atentados violento ao pudor, classificação regida pelo Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Importante destacar que houve uma redefinição dos termos 'estupro consumado', 'estupro tentado' e 'atentado violento ao pudor', que foram reclassificados pela Lei nº 12.015 de 07 de agosto de 2009. Toda violência sexual passou ser classificada como 'estupro'. Os dados apresentados pela Secretaria de Estado de Segurança Pública ilustram a nova classificação no período de 2009 a 2011, totalizando 25.923 casos de estupro, sendo em 2009, um total de 5.645, em 2010, um total de 9.879 casos, e em 2011, um total de 10.399 casos.

A nova lei entrou em vigor com a denominação de: 'DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL'. Além de transformar todo o sentido e significado no art. 213, também revogou os artigos 214 e 224 que tratavam do atentado violento ao pudor e da presunção da violência prevista então na antiga denominação 'DOS CRIMES CONTRA OS COSTUMES'.

De acordo com Marques:

---

<sup>4</sup> Fonte: Endereço eletrônico da ONU: <http://www.onu.org.br/unase/sobre/>

<sup>5</sup> A Fundação Seade é uma instituição de estatísticas oficiais estaduais e, como tal, as fornece para os diferentes níveis de governo, para o país, em geral e, de modo particular, para o Estado de São Paulo (Felicía Reicher Madeira Diret.Executiva).

A tradição secular vivenciada desde 1940 em que somente podia o homem ser a pessoa ativa e a mulher passiva no crime de estupro ganhou nova roupagem e hoje também o homem pode ser sujeito passivo e até a mulher pode também ser o sujeito ativo em tal delito ( MARQUES, 2009).

Preocupados em elucidar a nova lei, o Ministério da Saúde, em 2010, elaborou um manual com perguntas e respostas sobre os “Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual”, com as seguintes orientações: até o início do segundo semestre de 2009, quando foi sancionada a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, o Código Penal Brasileiro trazia a previsão dos seguintes crimes contra a “liberdade sexual”: estupro (art. 213); atentado violento ao pudor (art. 214); posse sexual mediante fraude (art. 215); atentado ao pudor mediante fraude (art. 216); e assédio sexual (art. 216-A). O estupro era definido da seguinte forma: “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça: pena – reclusão, de seis a dez anos”.

Assim, o estupro era um crime contra a liberdade sexual da mulher. Somente a mulher podia ser vítima de estupro. E esse crime somente era praticado mediante conjunção carnal. Constranger mulher à prática de qualquer outro ato libidinoso, como a penetração anal, não caracterizava o estupro, mas, sim, outro crime: o “atentado violento ao pudor” (CP, art. 214). E o homem, quando constrangido, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) à prática de qualquer ato libidinoso, também não era vítima de estupro, mas, sim, do crime de “atentado violento ao pudor” (CP, art. 214).

Entretanto, a partir da vigência da Lei nº 12.015/2009, o conceito de estupro mudou, ficando com a seguinte redação: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

Esta é a nova descrição legal do estupro. Atualmente, a mulher e o homem podem ser vítimas de estupro, quando constrangidos e, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) praticar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso.

Essa lei fez desaparecer questões voltadas ao recato sexual ou honestidade da vítima, pois na antiga lei não havia clareza, e a vítima nem sempre era ouvida e respeitada, pois era levada em conta perante a sociedade a forma de agir e até mesmo de se vestir das pessoas, em especial as mulheres. Com o advento da nova

lei, tal esclarecimento é realizado, uma vez que ela tem como objetivo a proteção da liberdade sexual do indivíduo.

Por outro lado, mesmo com uma legislação que atendeu os anseios da sociedade, há de se ressaltar que aspectos negativos também foram levantados por juristas no que se refere à aplicação das penas, conforme se extrai do entendimento de Oliveira e Rodrigues, abaixo mencionado:

Dentre alguns aspectos negativos, dessa lei, pode-se destacar o fato de que as pessoas que cometeram crimes penais mais graves podem ter a sua pena diminuída enquanto aqueles que cometeram crimes de menor potencial ofensivo tenham uma punição mais severa, havendo desproporção entre o delito praticado e a sua respectiva sanção, contrariando o princípio da proporcionalidade aplicado no direito penal (OLIVEIRA e RODRIGUES 2011).

Ainda assim, acredito que obtivemos maiores avanços e benefícios, com uma legislação mais clara e com maior grau de proteção à vítima de 'estupro' em suas diversas formas listadas pela nova lei.

## **A Pessoa em Situação de Violência Sexual - Conceitos e alguns dados epidemiológicos**

A violência sexual é um fenômeno universal que atinge indistintamente todas as classes sociais e pessoas de todas as faixas etárias e sexo, produzindo sérias consequências biopsicossociais para quem a sofre, as quais são difíceis de mensurar.

Ao buscar a conceituação sobre violência sexual, esta me permite explicar a natureza deste estudo e teorizar sobre elementos que o constituem.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se pronunciou em relação à violência de forma mais incisiva, demonstrando a importância de compreender, prevenir e enfrentá-la, localizando-a em discussões no conjunto dos problemas que se relacionam à saúde pública.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, define o problema como:

O uso 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS - KRUG et al. 2002,p.5)

Nesse contexto, agregamos a violência sexual com suas especificidades, como um fato humano e histórico que persiste no tempo e se estende por quase todas as sociedades.

Para melhor compreender a complexidade desse tipo de violência, é necessário expor a partir da perspectiva de gênero, que se fundamenta nos papéis diferenciados por sexo, idade e raças.

A dimensão de gênero torna-se ainda mais importante para entender que a violência sexual não se restringe unicamente às mulheres e aos adolescentes. É, antes, um impulso agressivo fundamentado num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto poder, implicando uma usurpação do corpo do outro, e que se configura, em geral, entre homens e mulheres, mas não exclusivamente. (BRASIL, 2011)

Portanto, para este estudo, consideramos o conceito atribuído à violência sexual enquanto natureza de abuso e maus tratos:

O abuso sexual diz respeito ao ato ou ao jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. (BRASIL 2007)

O Ministério da Saúde tem direcionado esforços nos últimos anos aos temas pertinentes à violência a partir do ponto de vista da saúde pública e vem se pronunciando sobre o assunto na elaboração de conceitos, documentos técnicos e cursos de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde.

A norma técnica sobre “Prevenção e tratamentos dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” reconhece a “violência sexual como violação dos direitos humanos e como questão de saúde pública.”

Outros segmentos, como o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo no caderno sobre “Ética em Ginecologia e Obstetrícia”, dedica um capítulo sobre a Violência Sexual e Aspectos Éticos da Assistência:

O abuso sexual é, sobretudo, considerado uma violência de “gênero”, termo pelo qual compreende-se o conjunto de papéis que a sociedade atribui, em

cada cultura, para homens e mulheres. (...) violência sexual é um fenômeno universal que atinge, indistintamente, mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e cultura. (CREMESP 2011)

Na luta pela proteção de crianças e adolescentes na defesa de seus direitos em situações de violência, incluindo a sexual; a UNICEF utiliza Azevedo, M.A. & Guerra, V.N.A., pesquisadoras do Laboratório de Estudos da Criança (LACRI/IPUSP), para conceituar violência sexual, que:

...configura-se como todo ato ou jogo sexual, relação hétero ou homossexual, entre um ou mais adultos (parentes de sangue ou afinidade e/ou responsáveis) e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente uma criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou outra pessoa. Ressalte-se que em ocorrências desse tipo a criança é sempre vítima e não poderá ser transformada em ré.(AZEVEDO e GUERRA 1995)

O abuso sexual intrafamiliar de crianças e adolescentes não obedece a fronteiras raciais e é praticado por homens e mulheres "normais", cujos espaços familiares deveriam ser de conforto, amor e confiança, requisitos importantes para o desenvolvimento adequado de suas personalidades, mas é justamente onde este tipo de violência é praticado e "protegido por uma conspiração de silêncio," segundo Drezett:

Essa face intrafamiliar da violência sexual compromete criticamente crianças e adolescentes, especialmente nos espaços privados. Para elas impõe-se o medo, a ameaça, a sedução, ou o simples temor reverencial. O abuso permanece oculto por longo tempo, protegido por uma "conspiração de silêncio" e pela incapacidade da sociedade em admitir e revelar sua existência (DREZETT, 2003)

Tal afirmação baseia-se em consultas dos dados epidemiológicos apontados no SINAM - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, sendo este um sistema de vigilância epidemiológica e serve para notificar doenças como AIDS, hepatites, DST - doenças sexualmente transmissíveis, ou seja, doenças infectocontagiosas, com registro a partir de 2001.

A partir de 2009, o componente de vigilância contínua do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde, passou a exigir a notificação dos casos de violências, incluindo a violência sexual, através da "Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências."

Com tais informações, foi possível dimensionar a magnitude da violência no país, possibilitando ações de planejamento e investimento nos serviços de vigilância e assistência, bem como garantir os direitos de pessoas em situação de violência sexual e subsidiar pesquisas e a construção de redes de proteção.

Pelo registro do SINAN, no período de 2009 a 2012, no estado de São Paulo, foram notificados 12.733 casos de violência sexual, sendo 84% do sexo feminino e 16% do sexo masculino.

A maior incidência de notificações registra-se na faixa etária de 10 a 14 anos, com uma taxa de 26%, e a segunda maior taxa de 21% encontra-se na faixa etária de 05 a 09 anos, o que revela serem as crianças e adolescentes as maiores vítimas.

Outro dado importante que o SINAN disponibiliza é o número de notificações por violência sexual segundo a relação com o agressor no período de 2009 a 2012 no estado de São Paulo, o que apresentamos na tabela a seguir:

**Tabela 1** - Notificações por violência sexual segundo a relação com o agressor no período de 2009 a 2012 no estado de São Paulo

<b>Relação com a vítima</b>	<b>Nº de notificações</b>	<b>% de notificações</b>
Pai	1.365	10,83
Mãe	223	1,77
Padrasto	1.125	8,93
Madrasta	19	0,15
Cônjuge	334	2,65
Ex-cônjuge	173	1,37
Namorado(a)	265	2,10
Ex- namorado(a)	121	0,96
Filho (a)	24	0,19
Irmão(a)	281	2,23
Amigos/conhecidos	2.930	23,25
Desconhecido	3.331	26,43
Cuidador(a)	114	0,90
Patrão/chefe	40	0,20
Pessoa com rel. Instituc.	131	1,04
Policial /ag.lei	16	0,13
Própria pessoa	24	0,19
Outros vínculos	2.086	16,55
<b>TOTAL</b>	<b>12.602</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SINAN/SVS/MS

A tabela revela que a maior parte dos casos foi um amigo ou conhecido da vítima ou de seus familiares com uma taxa de 23%. Pais e padrastos aparecem seguidamente como categorias individuais de maior peso, sendo responsáveis por 20%. A família (pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, filhos e irmãos) representa, em conjunto, 27% dos agressores.

Esses dados demonstram a relevância desses abusos na vida das pessoas, cuja gravidade demanda a organização dos atendimentos nos serviços de saúde e

construção de políticas públicas com a finalidade de buscar alternativas para superação desse problema em âmbito federal, estadual e municipal.

### **Políticas públicas de enfrentamento da violência sexual no Brasil**

Nesta parte do trabalho, busco sistematizar e registrar a linha histórica da inclusão da violência nas agendas de governo nacional e na do estado de São Paulo, mais especificamente as políticas voltadas às pessoas em situação de violência sexual.

Segundo Minayo (2007,p.1260), desde a década de 1980, acidentes e violência constituem a segunda maior causa de óbito no Brasil, na faixa etária de 05 a 39 anos. Nesta década, o tema violência passa a fazer parte da agenda de debates políticos e sociais, bem como começa a ter maior visibilidade no campo da saúde, porém de forma muito incipiente.

No campo da segurança pública, em 1985, na cidade de São Paulo, foi implantada a primeira Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres, denominadas de Delegacias de Defesa da Mulher - DDM - como parte de uma política pública de combate à violência contra as mulheres no Brasil, cuja motivação primária foi: "Responder à demanda dos movimentos feministas e de mulheres por uma ação mais vigorosa por parte do Estado em relação à violência contra mulheres". Os movimentos sociais de mulheres criticavam o descaso e/ou a tolerância com que o sistema de justiça criminal lidava com os crimes cometidos contra as mulheres, particularmente os homicídios ditos "passionais" e a violência doméstica e sexual.

Somente a partir de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde e a OMS - Organização Mundial da Saúde colocam em pauta o tema da 'violência' e, em 1994, a OPAS convoca ministros das Américas, pesquisadores e especialistas para debater sobre o tema.

No Brasil, houve uma atuação expressiva dos pediatras, que iniciaram estudos e atividades em ONGs com o objetivo de tratar desse tema, sendo assinalado por Minayo (2006,p.1260) o CRAMI - Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância, em São Paulo; a ABRAPIA- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência, no Rio de Janeiro; a ABNAPI- Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na

Infância, em Minas Gerais. A atividade desta também era dar assessoria a políticas públicas com temas voltados à violência na infância.

As ações desses segmentos foram muito relevantes, com forte atuação e compromisso no desenvolvimento integral da criança e do adolescente, culminando na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, consolidado pela Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990.

Após denúncias sobre violência sexual contra crianças e adolescentes, é aberta uma CPI em 1993, a qual provocou uma grande mobilização de importantes setores da sociedade civil, do executivo, legislativo e judiciário, da mídia e de organismos internacionais.

Como resultado dessas mobilizações, foi realizado em Natal/RN, de 15 a 17 de junho de 2000, um encontro para discussão do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, cujo produto foi a "Carta de Natal", em que os atores de vários setores da sociedade e segmentos políticos assumem "o compromisso para o desenvolvimento de ações que assegurem o fim da violência contra crianças e adolescentes, a responsabilização/tratamento de violadores, a prevenção, a mobilização da sociedade civil e o protagonismo infanto-juvenil" (BRASIL 2002).

Em decorrência do Plano Nacional, foi instituído Programa Nacional de enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Segundo o referido plano, uma das principais ações do programa é a mobilização de redes para integrar um conjunto de programas e ações dos governos, organismos e agências internacionais, universidades e sociedade civil, para que fossem desenvolvidas e aplicadas metodologias de intervenção local capazes de desencadear respostas efetivas para a superação da violação dos direitos de crianças e adolescentes<sup>6</sup>.

Uma das ações foi o "Programa Sentinela", como uma ação concreta e dentro do cumprimento das metas do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Segundo Paixão e Deslandes:

O Programa Sentinela foi idealizado dentro de uma concepção de gestão intragovernamental, de caráter intersetorial, o Programa tem suas diretrizes e normas estabelecidas em dezembro de 2001, através da portaria 878/2001, e sua implantação iniciada em 2002, sob a responsabilidade da extinta SEAS- Secretaria de Estado de Assistência Social, do Ministério da Previdência e Assistência Social (PAIXÃO E DESLANDES, 2010 p.118).

---

<sup>6</sup> Ministério da Justiça-Secretaria de Direitos Humanos-Brasília.

A partir de 2001, muitas ações foram desencadeadas também na Saúde Mental, conforme salienta Minayo:

(...) passou a discutir a inserção do atendimento à mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência nos Centros de Apoio Psicossocial (Caps); (...) apoiando atividades de protagonismo juvenil como prevenção da violência (...) (MINAYO, 2006,p.1265).

O mesmo acontece na Área da Saúde do Idoso e com o Portador de Deficiência, na busca da inserção dessas pessoas nos programas de saúde e segurança, com relação à temática da violência sexual.

As autoridades brasileiras do setor de saúde, preocupadas em dar visibilidade aos problemas sociais sobre as violências e acidentes, em maio de 2001, aprovam o documento sobre a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências, o qual situa os marcos históricos da violência e define conceitos de "violência", diferenciando-os de "acidentes".

Minayo Souza (2006, p.1261) destaca que, na década de 90, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes e nessa mesma época a OPAS e a OMS começam a se preocupar com o tema violência, agregando nas discussões o impacto da mesma na saúde dos brasileiros.

O mesmo documento demonstra o estudo de Briceño-Leon (2002) na América Latina sobre o impacto do custo das violências e acidentes no Brasil nos gastos com emergência, assistência e reabilitação. "Cálculos estimam que 3,3% do PIB brasileiro são gastos com os custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos" (BRICEÑO-LEÓN, 2002). O comentário de Briceño-Leon (2002) reporta-se aos dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento, demonstrando que o gasto (3,3% PIB) com violência e acidentes no Brasil é maior do que o país investe em ciência e tecnologia. Ainda, avaliando o impacto dos acidentes e violências, em 2009, os gastos públicos com saúde representavam 3,6% do PIB (IBGE 2009), portanto os valores se equivalem.

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais.

No âmbito internacional, em 2002, a OMS produziu relatório denominado "Violência e Saúde", evidenciando a preocupação das organizações internacionais de saúde frente aos impactos sociais e financeiros causados pela violência e acidentes no Brasil, uma série de recomendações foram propostas. Entre elas, que se realizasse seu próprio diagnóstico e plano de ação. Nesse mesmo ano, foi revisado pela Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, com a participação do Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil de 2002 e as Políticas voltadas para as mulheres.

Após o relatório da OMS, houve um incremento nas políticas e ações voltadas às mulheres, com forte engajamento do movimento das mulheres brasileiras na busca do fortalecimento das ações e a introdução do tema violência na saúde da mulher, oficializando um olhar específico para o problema em todo serviço de saúde.

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), fruto de um processo compartilhado por todos os setores do Ministério da Saúde, entre eles as áreas técnicas e atenção básica, incluindo os segmentos sociais organizados da sociedade civil.

No Seminário Nacional de Gestão em Saúde da Mulher, realizado pela Unicamp e Ministério da Saúde em 2004, discutiu-se a Agenda do Ministério da Saúde, com relação aos seus objetivos, metas e estratégias para a atenção integral à saúde da mulher, e foi inserida a violência sexual e doméstica para tratamento dos agravos decorrentes delas na rede pública de saúde.

Os principais objetivos da PNAISM foram traçados durante o Seminário Nacional de Gestão em Saúde da Mulher, sendo estes: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos da vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> BRASIL- MS-2004 p.63

Na ocasião, já se encontrava em desenvolvimento uma proposta de Rede Integrada de Atenção à Violência Sexual em municípios acima de 100 mil habitantes e com altos índices de violência, cujo trabalho foi realizado em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Nacional de Segurança e o Ministério da Justiça, configurando-se em uma política intersetorial. Nesse mesmo período, foi revisada e ampliada a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes.

Frente às ações em andamento, em 2004, com o propósito de implementar a Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde criou um plano para estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências formada por núcleos locais onde a taxa de mortalidade eram elevadas, com a participação do governo federal, estadual, municipal e ONGs, com o objetivo de realizar estudos e propostas concretas de ação que se articulassem com a referida política.

Naquele mesmo ano, a Portaria GM/MS 2.406 de 05 de novembro 2004 (anexo 1) divulgou a notificação compulsória da violência contra a mulher, citando na referida portaria que o Brasil é signatário e está comprometido com a efetivação dos instrumentos internacionais de defesa dos direitos das mulheres e dos direitos humanos, em especial a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim - 1995 e a Convenção de Belém do Pará - Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher<sup>8</sup>.

No sentido de fortalecer tais políticas, foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde o curso de especialização denominado o "Impacto da Violência sobre a Saúde" para profissionais da saúde, incluindo os gestores e, ministrado pela FIOCRUZ.

Em 2005, o Ministério da Saúde em parceria com a OPAS e o Claves - Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde "Jorge Careli" e a Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz, elabora um documento denominado o *Impacto da Violência sobre a saúde dos brasileiros*, revelando uma iniciativa pioneira no atendimento das recomendações da OMS, sendo ele um retrato da situação de

---

<sup>8</sup> Portaria GM/MS 2.406 de 05 de novembro 2004 (anexo 1).

violência no Brasil, objetivando assim fundamentar ações em andamento e propor novas.

Em 2006, através da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, é publicado o manual de orientações para sensibilização e capacitação dos profissionais da rede, denominado "Matriz Pedagógica" para formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, a qual fundamentou os encontros intersetoriais para construção da rede do Programa Pétala nas regiões de saúde de Assis e Ourinhos.

No campo da segurança pública, foram movimentos realizados para a reestruturação das políticas vigentes, no sentido de atualizar e aprimorar os atendimentos prestados às mulheres, com a revisão do papel das Delegacias Especializadas da Mulher, tanto no que se refere ao âmbito nacional, como no estado de São Paulo.

Tal reestruturação se deu através da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Presidência da República, Secretaria Nacional de Segurança, Ministério da Justiça e a UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes, com o lançamento da edição atualizada (2010) da Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres- DEAMs. As DEAMs, atualmente, ampliaram as suas ações, não somente dirigidas às mulheres, no caso do estado de São Paulo, mas também incluindo o atendimentos para as crianças e adolescentes.

É nesse cenário que se deu a implantação do Programa Pétala no Hospital Regional de Assis - HRA, uma vez que o pré-projeto apresentado ao Ministério da Saúde, através da área Técnica de Saúde da Mulher, pautava-se nas referidas políticas de enfrentamento contra a violência sexual focando suas ações no modelo intersetorial.

### **Redes e Intersectorialidade: caminhos para integralidade**

Para apresentar esta parte, busquei os vários significados de "Rede" elencados no dicionário Michaelis de Língua portuguesa, passando pela rede de pesca que são dispositivos feitos de fibras tecidas em uma estrutura de grade, as

quais são geralmente maleáveis e formadas ao se atar um fio no outro, pela rede de vasos sanguíneos que se destaca como o entrelaçamento de fibras, de nervos; pela rede que conecta todas as estações de trabalho, terminais ou computadores de uma empresa, estejam no mesmo prédio ou em países diferentes; rede comercial que oferece serviços de informação, como preços de ações, previsão meteorológica, entre outras. Com relação à rede social, rede de acolhimento e rede intersetorial de promoção e prevenção da saúde, significados que ainda se encontram em construção nessas últimas décadas, sendo configurações que são abordadas em áreas específicas como a saúde, educação, assistência social, entre outros, cuja proposta é o trabalho em rede, configurando-se de acordo com a necessidade dos usuários que necessitam deste ou daquele serviço.

Se levarmos em consideração somente essa explicação estrutural de rede, entenderemos as demais, pois todos os mais de vinte tipos de redes encontradas no dicionário Michaelis da Língua Portuguesa chegam ao que podemos denominar de entrelaçamentos, nós, junções, teias, ramificações, estradas, caminhos; o tema rede se compõe em infinitas possibilidades; todas as redes, mesmo cada uma com suas especificidades, nos levam a entender que fazem parte de um sistema organizado, seja para qual for o objetivo da sua existência.

Porém, há de considerar que as redes intersetoriais tem uma especificidade muito importante, pois agregam diferentes saberes e diferentes segmentos, sendo uma “rede a ser tecida, ativando os diferentes recursos existentes no território que possam ser utilizados, estabelecendo alianças com setores e segmentos sociais.” (YASUI 2006,p.144)

Lenir Santos em seu artigo "O que são redes?" no livro Redes de Atenção à Saúde no SUS<sup>9</sup>, observa que o sistema de redes organizativas tem como elemento decisivo a utilização das tecnologias de informação; uma vez que o desenvolvimento delas permite a difusão das relações, em que campo for; a rede pode, nos dias de hoje, ser implementada em todos os tipos de organizações.

Portanto, é na integralidade da assistência à saúde da pessoa que se conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações. Na integralidade, somos totalidades, cujas propriedades essenciais sempre serão do

---

<sup>9</sup> SANTOS, Lenir; CARVALHO, Gilson; MEDEIROS, Joellyngton; JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães; JÚNIOR, Nilo Brêtas; JÚNIOR, José Veloso Souto; ODORICO, Luiz. Redes de Atenção À Saúde No Sus - Pacto Pela Saúde e Redes Regionalizadas de Ações de Serviços de Sá. Editora Saberes, 2011.

todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente. (FRITJOF CAPRA, 2006)

Para este estudo considero, não somente a rede de atenção à saúde, mas também a importância da rede social, apoio social e *empowerment*<sup>10</sup>, levando em conta as formas de participação da população e dos profissionais de saúde, bem como há de se observar que o apoio social é fundamental para construção de redes solidárias.

A primeira rede social aponta para a família (não necessariamente a família nuclear, mas a que abriga, acolhe, educa e ama), elemento socializador fundamental, que é o local de formação do indivíduo em seus aspectos sociais, afetivos e educativos. Contudo, mesmo com amplos movimentos realizados por meio da sociedade civil, no sentido de manter a família provida de espaços que contemplem o bem-estar do cidadão, ainda encontramos grandes lacunas, como sinaliza Mito: "a fragmentação das redes familiares, aliada ao empobrecimento acelerado, sinaliza a impossibilidade do retorno a um estado onde a família seja o centro do bem-estar" (2002, p.53).

Ou seja, as famílias em vez de poder contar com a sua própria rede familiar, passam a depender cada vez mais das redes "formais" de atendimento social, buscando apoio nas organizações não governamentais - ONGs, fundações, institutos, associações, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIPs, entre outros, bem como equipamentos do próprio Estado que foram criados para dar conta de uma demanda nem sempre considerada por essas organizações como problema de saúde pública e sua implicação na rede familiar.

Os temas abordados, até o momento para estabelecer os marcos teóricos e históricos desta pesquisa, levaram-me à reflexão sobre a formação da rede de atenção à pessoa em situação de violência sexual, iniciada em 2006. Na época, pouco se conhecia sobre o processo de trabalho para o cuidado em saúde às pessoas vítimas de violência sexual, e tão pouco no âmbito intersetorial. Como fazer acontecer na região uma rede de acolhimento à pessoa em situação de violência sexual, frente à singularidade que ela exige? Como intervir na requalificação dos

---

<sup>10</sup> Compreende também o *empowerment* interpessoal e político, referido à influência de pessoas e recursos de uma organização e/ou comunidade para a constituição de sujeitos, visando à transformação a melhoria da qualidade de vida e condições de saúde. (Pereira, 2009, p.13)

profissionais dos segmentos envolvidos que teriam a responsabilidade de desencadear tal processo?

Como conseguir o envolvimento dos profissionais num tema tão polêmico e desafiador, sem desrespeitar os limites de cada um? Pois sabemos que somente cursos de qualificação profissional não seriam suficientes para suprir tal complexidade, pois teríamos que levar em consideração a subjetividade do processo de trabalho para conseguir entender o desconforto causado por esse tipo de acolhimento. Cada trabalhador de uma mesma equipe age de modo singular, na produção do cuidado, “(...) mesmo que estejam sob a mesma diretriz normativa, o processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um (FRANCO et MERHY 2011 p.10).

Além das questões que envolviam o aprendizado e qualificação dos profissionais, para esta pesquisa, busquei conhecimentos sobre a rede familiar contemporânea, uma vez que a maior parcela dos casos de violência sexual envolvem crianças e jovens que sofrem esse crime no seio de suas famílias. Ao colocar a família como a primeira rede social de uma pessoa desde ao nascer, encontramos também os arranjos de proteção social no Brasil e procuro entender em qual contexto político a família brasileira se encontra frente às políticas públicas de proteção social e de saúde, sabendo-se que todas as agendas governamentais consideram, de alguma forma, medidas de apoio familiar, em especial ações voltadas às crianças, como:

Aconselhamentos e auxílios, incluindo novas modalidades de ajuda material aos pais e ampliação de visitas domiciliares por agentes oficiais; programas de redução da pobreza infantil; políticas de valorização da vida doméstica, tentando conciliar trabalho remunerado dos pais com as atividades do lar; tentativas de redução de riscos de desagregação familiar, por meio de campanhas de publicidade, que abarcam desde orientações pré-nupciais até o combate à violência doméstica, à gravidez na adolescência, à drogadição e aos abusos sexuais (Pereira, P. A.P - 2004).

Contudo, tais políticas não preservam as pessoas que vivem sob o mesmo teto com o abusador, a rede de proteção social ainda é muito frágil, o que foi percebido ao buscarmos os parceiros para o Programa Pétala.

Para que essa rede fosse formada, foram necessários muitos movimentos, se assim podemos chamá-los, pois não havia clareza quanto ao rumo que estávamos seguindo, porém entendíamos que sozinhos não chegaríamos a lugar algum.

As redes não são invenções abstratas, mas sim construídas através da relação de diversos atores/organizações-forças existentes no território (Faleiros, 2000). Para construção da “Rede Pétala”, buscou-se desenvolver ações conjuntas e com responsabilidades compartilhadas, estabelecendo-se parcerias.

O movimento desenvolvido para construção da Rede Pétala, frente aos conceitos trazidos neste trabalho, demonstra a potencialidade na perspectiva de ações não fragmentadas e processos de trabalho dinâmicos, em que cada parte potencializa seus recursos.

Mas ao concebê-la, ela se revelou como um organismo burocráticos e formal, onde se cruzam o Estado e a sociedade. Porém, mesmo que a iniciativa tenha partido do Estado, como no caso do HRA, com uma estrutura revestida de autoridade, assim como os parceiros da Segurança pública, Conselhos Tutelares, Conselhos Municipais de Saúde, Secretárias Municipais de Saúde, Educação, DIR (atual DRS9-Marília), Vigilância Epidemiológica (atual GVS13-Assis), entre outras, Faleiros nos leva à seguinte compreensão:

(...) redes pressupõe uma visão relacional dos atores/força numa relação de poder na qual a perspectiva da totalidade predomina sobre fragmentação. Supõe também que as redes são processos dinâmicos e não organismos burocráticos formais, onde se cruzam ( como uma rede) organizações do estado e da sociedade. Não funcionam como convênios, mas como contratos dinâmicos, em movimentos e conflito, para, no entanto, realizar objetivos em que cada parte potencializa recursos que, juntos, se tornam, também mais eficientes(FALEIROS 2000)

Portanto, nessa perspectiva é que tentamos operacionalizar essa construção da Rede Pétala. Apostando na formação de uma rede democrática no compartilhamento de poderes e decisões entre os seus atores.

### **A atenção básica como eixo norteador da construção da rede de atenção à pessoa em situação de violência sexual**

A partir da minha experiência no processo de construção de rede, entendo não ser um processo em que é possível acontecer de imediato e isoladamente, mas composto pela articulação de sujeito/atores/forças e na auto-organização dos atores/organização. Assim, destacarei a importância da atenção básica, importante

eixo para alavancar localmente as rodas de discussão, as quais eram compostas por instituições formais e não formais e por profissionais de vários campos do conhecimento.

Sabendo-se da importância da atenção básica para o sucesso da implantação do Programa Pétala, apresento nesta pesquisa o que essa instância do cuidado nos oferece. As ações extra-muros explicitadas em portarias ministeriais permeiam legitimamente os serviços municipais de saúde, nos oferecendo os meios para mobilizá-los e instrumentalizá-los, possibilitando a manutenção de uma relação dialógica com os demais parceiros e organismos institucionais para o enfrentamento do desafio de construir uma rede intersetorial para o cuidado integral à pessoa em situação de violência sexual.

Para que essa compreensão fosse possível, era necessário entender a política de atenção básica vigente, em conjunto com a equipe multidisciplinar do Hospital Regional de Assis. Procuramos conhecer as legislações que traziam as políticas pertinentes à Atenção Básica, sendo na época a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, cujos princípios gerais ainda hoje consideramos prioritários.

Nessa esteira, a referida portaria assim se apresentava:

(...) A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde."

(...)

A Atenção Básica tem como fundamentos:

(...) II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;<sup>11</sup>. (BRASIL,2006)

A portaria acima mencionada foi revogada e substituída pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011<sup>12</sup>, da qual alguns pontos importantes transcrevo em

<sup>11</sup> Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. "A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde."

<sup>12</sup> A nova portaria me possibilitou elucidar para esta pesquisa o entendimento da organização e a forma de gestão do cuidado que caracterizou esta proposta de rede.

seguida. Pois, ao tomar conhecimento deles mesmos, percebo a relação frente às propostas de trabalhos almejadas pelo Programa Pétala.

A portaria anteriormente mencionada estabelece que a atenção básica tem como fundamentos e diretrizes:

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção(...). (BRASIL,2006)

A nova portaria da AB ao mencionar o 'acolhimento', o apresenta de forma mais abrangente. A 'integralidade' aparece em ambas, mas na nova portaria da Atenção Básica, a 'integralidade' da atenção à saúde se apresenta também de com mais amplitude no item IV e, mais uma vez, é possível fazer o contraponto com o que se buscava alcançar no processo de construção da rede.

No item IV da referida portaria, encontramos:

Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

(...) Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica<sup>13</sup>(BRASIL,2011).

Embora as legislações nos informem sobre as possibilidades teóricas e práticas possíveis de produzir saúde em uma rede de serviços, sabemos das dificuldades ao enfrentar o desafio da integralidade e do acolhimento, como uma possibilidade e não uma utopia. Tentei entender os caminhos que estávamos buscando. Portanto, aprofundava o meu entendimento sobre os temas que norteavam os objetivos do Programa Pétala juntamente com a equipe.

---

<sup>13</sup> Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Uma das prerrogativas do Programa Pétala foi buscar a integralidade do cuidado, de forma que a pessoa em situação de violência sexual tivesse seu atendimento focado em suas necessidades, cuja integração não se resumia somente no fluxo de atendimento em rede, em referência e contra referência, mas que realmente fosse assistida em todos os aspectos inerentes à saúde integral da pessoa em situação de violência sexual e que proporcionasse o acesso às ações e serviços da rede.

Para alcançar esses objetivos, havia a necessidade de uma ação que abrangesse mais que um momento de atenção, zelo, cautela e prevenção, ou seja, teríamos que cuidar dessas pessoas com uma atitude de: (...) preocupação, e responsabilização e de envolvimento afetivo como o outro (BOFF, 1999).

Esse cuidado deve nos levar a uma prática humanizada e integral, e para este trabalho utilizarei a definição do termo 'cuidado' descrita por Ayres (2004):

Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES 2004, p.22).

Sendo a integralidade um termo polissêmico, ele apresenta vários sentidos, não somente uma diretriz colocada pelo SUS e determinada constitucionalmente. A necessidade do entendimento e da não banalização do termo integralidade se faz necessária, evitando a visão reducionista e limitada no processo político dessa construção.

Mattos (2005) nos leva a refletir sobre o texto constitucional, sendo um marco histórico de um processo muito mais amplo de lutas políticas enfrentadas nas últimas décadas, derivado das "reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de setenta, quando, no contexto da luta pela redemocratização do país, e da construção de uma sociedade mais justa."

Portanto, na Constituição Federal 1988, a integralidade aparece como um termo constitucional e legal para identificar o 'todo' das ações e serviços de saúde. Encontraremos o termo inscrito na Constituição Federal no Art.198 - II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; porém no Art. 196, é abordado o âmbito da 'Integralidade' ao mencionar que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante

políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Do ponto de vista legal, a integralidade encontra-se assegurada no que diz respeito às ações e serviços de saúde, englobando a promoção, proteção e recuperação, bem como as ações preventivas, assistenciais e a terapêuticas, inclusive a farmacêutica.

Há de se pensar em como a integralidade assegurada por meios legais se traduz no conhecimento e na prática dos profissionais, ou seja, no caso do Programa Pétala. Tínhamos a necessidade de levar esse conceito aos vários organismos participantes, uma vez que tal diretriz encontra-se arraigada na saúde por conta dos seus dispositivos legais.

Uma das formas encontradas, para tentar sedimentar esse conceito, foi a realização das ‘rodas de discussão’ nos municípios. Através das rodas buscava-se traduzir tais considerações aos demais serviços. Muitas vezes, a integralidade era confundida com aspectos meramente burocráticos, que não estavam ligados ao cuidado da vítima, mas sim nas documentações que permeavam o processo de atendimento junto aos demais serviços e o próprio HRA. Era necessária a discussão entre o cuidado para a vítima e os documentos necessários.

Mas afinal, que conceito tentávamos definir para a integralidade da atenção no Programa Pétala? Foi então que, mais uma vez, nos reportávamos a PNH como importante estratégia na busca de conhecimento vivo, não visto somente pelo recurso que o programa dispunha, mas especialmente pelo acesso que gostaríamos de propiciar para as pessoas em situação de violência sexual. Junto a isso, era relevante que mudanças acontecessem na forma de olhar essa nova demanda, sendo necessário um olhar sem preconceito na produção desse cuidado em saúde e na rede. A proposta de ‘rede’ foi importante na busca da integralidade e, para traduzir esse conceito na rede, buscamos sensibilizar e acolher os profissionais através de oficinas locais, pois entendíamos que tínhamos de acolhê-los para que se sentissem seguros e instrumentalizados para integrar e interagir com os diferentes saberes presentes na proposta da rede intersetorial.

A estratégia de ação para formação da rede foi ancorada no diálogo entre os vários segmentos participantes como um caminho para o alcance da atenção integral e que proporcionasse a produção do cuidado desde a atenção básica até os

demais níveis de complexidade. Esta opção nos permitiu organizar e articular os recursos de diferentes serviços e organização dos fluxos de acordo com as demandas.

Embora na antiga portaria 648, de 28 de março de 2006, para o acolhimento, enquanto dispositivo da PNH, não havia citação explícita como na atual portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Então o consideramos dentro das ações de humanização e tentamos fundamentá-lo, uma vez que esse era o tema central do nosso trabalho junto às unidades básicas de saúde. Por outro lado, já existiam esforços voltados nos sentido dos trabalhos em rede, entre eles: "efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços"; sendo esse outro ponto chave que utilizamos para fundamentar todo investimento que faríamos junto aos serviços municipais de saúde dos 25 municípios para sensibilizar a construção de redes municipais de acolhimento, conforme previa o Programa Pétala.

A atual Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, tem seu enunciado mais claro e detalhado, levando em conta a importância do acolhimento, em seus fundamentos e diretrizes:

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. (BRASIL, 2011).

Em 2006, tomamos a decisão de alavancar esse trabalho com discussão junto à equipe do HRA e Atenção Básica, bem como os demais setores, focando para sensibilização dos profissionais quanto ao acolhimento, pois acreditávamos que, ao tomar esse rumo, conseguiríamos encontrar algumas respostas, tais como: o que se entendia por acolhimento à pessoa em situação de violência sexual; como a equipe se organizava e operava o acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva e acesso à atenção básica para essas pessoas; como seriam os

encaminhamentos para outros serviços; e se existia priorização a partir da escuta, e assim por diante.

Ao mesmo tempo em que focávamos a Atenção Básica como uma instância de acolhimento de suma importância, não podíamos deixar de considerar os demais pontos de cuidado da rede. Portanto, o acesso deveria acontecer intersetorialmente, de forma rápida, ética e eficaz, possibilitando que a vítima fosse medicada em tempo hábil para profilaxia das DST e HIV, bem como preservá-la quanto à revitimização causada pelo próprio sistema. Tínhamos um importante papel de somar forças que pudessem elucidar e esclarecer, junto aos demais segmentos, a importância do acolhimento na rede.

Ao realizar a discussão entre as portarias existentes para conceber a PNAB, busca-se dissociar os programas verticalizados (acompanhamento de gestantes, de crianças, hipertensos e diabéticos, entre outros), concebidos para organizar a assistência somente a partir da epidemiologia, pois segundo Mattos (2005):

(...) propostas de organizar o trabalho nos serviços de saúde a partir da epidemiologia, entendida como disciplina privilegiada para apreender quais seriam as reais necessidades de saúde da população. Ou seja, a necessidade de articulação entre uma demanda espontânea e uma demanda programada desde o serviço advinha de que tal articulação elevaria a efetividade do serviço em termos epidemiológicos, e não por ser um valor em si.(MATTOS 2005)

Embora importante, a melhoria dos dados epidemiológicos não deve ser o único relevante em um serviço de saúde. O mais importante era como cuidar das pessoas em situação de violência sexual de forma integral, principalmente por se tratar de uma demanda “espontânea”, cujos números de casos eram inferiores a outras patologias, mas impactavam o modo de organizar o processo de trabalho que deveria guiar o atendimento dos diversos profissionais. Eles eram treinados para o atendimento em programas verticalizados, não considerando a violência sexual transversalmente, a qual poderia se apresentar entre os usuários de qualquer programa da unidade.

Portanto, Mattos (2005) nos remete a outro sentido de integralidade:

(...) não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.”(MATTOS 2005)

E foi nesse sentido que procuramos discutir a construção da rede do Programa Pétala com os profissionais das unidades de saúde, não somente tratando como casos isolados e demandas espontâneas de violência sexual atendidos na atenção básica, mas também exigindo a ampliação da clínica em demandas já estabelecidas através dos programas da unidade, em especial os direcionados às mulheres e crianças.

## **CAMINHOS METODOLÓGICOS**

Com este trabalho, pretendi descrever e analisar os movimentos ocorridos e as estratégias que foram utilizadas pela equipe matricial, para a implantação do Programa Pétala do HRA, buscando o cuidado em rede à pessoa em situação de violência sexual, na microrregião de saúde de Assis e Ourinhos.

Sendo a formação da rede de apoio e acolhimento à pessoa em situação de violência sexual e as equipes intersetoriais que a compõem, os sujeitos/objetos deste estudo me colocaram a refletir quanto à necessidade de registrar os caminhos realizados para implantação da rede de atenção à pessoa em situação de violência sexual e seu significado para os dias atuais, uma vez que se buscava a mudança de paradigmas até então institucionalizados e sedimentados em seu modo de cuidar fragmentado das vítimas de violência sexual. Era imperativo desconstruir e construir coletivamente uma forma de atenção em rede, na tentativa de garantir a integralidade do cuidado em saúde, mas também garantir a diminuição do sofrimento da vítima e, por que não, dos trabalhadores frente a uma situação tão difícil de ser administrada isoladamente.

Portanto, era necessário rever as implicações profissionais e institucionais, desprendendo-me de antigos conceitos e propor a possibilidade de mudanças e transformações, e Minayo o coloca para reflexão ao explicar que “as relações do homem na sociedade estão em constante transformação, evoluindo no seu modo de pensar e agir, os grupos sociais são mutáveis (...) as instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros (...)” (MINAYO 2004, p.20).

O método científico tem um importante papel, pois para Justo (2007), por meio dele, eram explicitadas as operações formais da investigação, fixados os critérios de verdade e assegurada à demonstrabilidade. Ou seja, as explicações oferecidas e os meios que utilizei para tentar responder minhas inquietações e de que forma realizei esse caminho.

### **A narrativa como instrumento de pesquisa**

Com a narração dessa experiência, pretendi demonstrar a possibilidade do acolhimento nos serviços de saúde, em especial na atenção básica às mulheres, crianças e adolescentes que sofrem violência sexual, buscando a adoção de projetos terapêuticos com vistas à promoção, prevenção e redução dos agravos decorrentes desse tipo de violência, bem como a construção e implementação da rede intersetorial como condição para existência e manutenção desse tipo de atenção.

Utilizei, como instrumento de pesquisa, a narração que possibilita a utilização de temáticas relacionadas à subjetividade dos processos de trabalho inerentes à construção de redes de atenção, ou seja, dos novos cenários que vão surgindo ao longo do tempo, pois “as abordagens metodológicas tradicionais não têm dado conta de pesquisar a novidade, os dilemas e os impasses dessas novas práticas de saúde” (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, 2008, p.1091).

Ainda nesse sentido, verifica-se que:

(...) como seres humanos vivemos e contamos histórias sobre nossas vidas e experiências, mas, como pesquisadores, utilizamos a narrativa para descrever, construir e reconstruir as histórias pessoais e sociais, de acordo com um modelo interpretativo dos acontecimentos. (...) metodologicamente a narrativa pode ter uma abordagem como modo de refletir, relatar e representar a experiência, produzindo sentido ao que somos, fazemos, pensamos, sentimos e dizemos. (CARTER 1993, apud FREITAS E FIORENTINI, 2007, p. 63).

A narrativa representa uma reconstrução do universo que, todos os dias, se faz de forma diferente, mas ao mesmo tempo, trazendo para reflexão a experiência

vivida, experimentada, o que em algum momento foi vivido pelo indivíduo no contexto da pesquisa narrativa.

Assim, Rogers e Kinget definem experiência, segundo a sua teoria:

Esta noção se refere a tudo que se passa no organismo em qualquer momento e que está potencialmente disponível à consciência; em outras palavras, tudo que é suscetível de ser apreendido pela consciência. A noção de experiência engloba, pois, tanto os acontecimentos de que o indivíduo é consciente quanto os fenômenos de que é inconsciente (ROGERS E KINGET, 1975, p. apud DUTRA, 2002, p.372).

Tomando-se por base tais elementos constitutivos para expor este trabalho, se faz necessário que elementos importantes do processo de pesquisa narrativa sejam expostos. Para assim, se tornar substrato desse universo histórico se pautando na experiência vivida para composição da rede intersetorial de atenção à pessoa em situação de violência sexual.

Uma das preocupações foi como apresentar os dados que se originaram da pesquisa narrativa, como apresentá-los de forma que correspondessem à realidade vivida, ou seja, da realidade passada. O ponto de vista e a voz narrativa, segundo Paul Ricoeur (1995), coloca a dificuldade dessa transposição, o cuidado de como não substituir a literatura pela vida e, ao mesmo tempo, explica que não é mais o objeto da história que é problematizado, mas sim o próprio historiador, quanto à ação que executa. O autor diz ainda: “Fazer história é produzir algo”, onde não é mais o objeto ou o método da história que é problematizado, mas sim o próprio narrador quanto à sua operação, colocando, portanto o “lugar social” em que o fato ocorre.

Nesse processo metodológico, antecede-se as questões epistemológicas, cujas reflexões se fundem naquilo que se toma por verdadeiro através do conhecimento de vivências que, ao longo dos anos, nos permitem o amadurecimento, sendo possível tomá-las como verdadeiras, podendo aprofundar-se nas questões empíricas com bases sólidas.

Em se tratando de narrar à implantação de um projeto da construção da rede intersetorial voltada aos atendimentos das pessoas vitimadas pela violência sexual, a pesquisa narrativa nos permitiu compreender melhor o fenômeno que envolve o momento do acontecimento, bem como as pessoas que participaram dele.

Ainda assim, na pesquisa narrativa, os caminhos comumente utilizados conseguem dar conta das questões tão abrangentes que perpassam a saúde coletiva onde novas práticas necessitam de ser avaliadas.

Portanto, é necessária uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso, “superando a distância entre o compreender e o explicar” (Santo Agostinho)<sup>14</sup>. A vivência de desafios superados ao longo dos anos frente à implantação desse modelo de atenção em rede intersetorial teve como finalidade promover a integração das ações. Neste trabalho, procurei sistematizar a metodologia de construção da rede intersetorial à Pessoa em Situação de Violência Sexual, possibilitando a organização de um texto que considerasse a diversidade de abordagens com foco na integralidade e no acolhimento.

## O Ensaio

O tema da narrativa é adequado também por tratar-se de uma reflexão sobre o que já se passou, o que me remete ao 'ensaio' como forma final do trabalho.

Nesse sentido, Adorno salienta que:

O ensaio sempre fala de algo já formado ou, na melhor das hipóteses, de algo que já tenha existido; é parte de sua essência que ele não destaque coisas novas a partir de um nada vazio, mas se limite a ordenar de uma nova maneira as coisas que em algum momento já foram vivas. E como ele apenas as ordena novamente, sem dar forma a algo novo a partir do que não tem forma, encontra-se vinculado às coisas, tem de sempre dizer a 'verdade' sobre elas, encontrar expressão para sua essência” (LUKÁCS apud ADORNO 2003,p.16).

O ensaio é uma forma crítica da realização do trabalho, o que me leva a refletir sobre algo também já experimentado, apontando as fragilidades do processo de implantação do Programa Pétala, como também as fortalezas, tornando-o novamente visível e colocando-o à prova.

Procurei não somente a organização de ideias e de fatos passados, mas defendi essa experiência para que, segundo Adorno:

---

<sup>14</sup> Trata-se das aporias do ser e não-ser do tempo de Santo Agostinho, que ligaria a explicação à compreensão.( Ricoeur-1995)

No ensaio, as satisfações que a retórica quer proporcionar ao ouvinte são sublimadas na ideia de uma felicidade da liberdade face ao objeto, liberdade que dá ao objeto a chance de ser mais ele mesmo do que se fosse inserido impiedosamente na ordem das ideias. (...) Quando o espírito deseja mais do que mera repetição e organização administrativas daquilo que já existe (...) (ADORNO, 2003, p.41).

Porém, saliento que este ensaio não foi desprovido de lógica e critérios organizacionais, uma vez que, na elaboração do texto, as frases deviam possuir coerências e os fatos narrados foram coordenados de acordo com a linha histórica da implantação do Programa Pétala.

Há esperança de que a escolha desse método tornou possível dar visibilidade à construção do Programa Pétala-Rede de Atenção Integral à pessoa em situação de violência Sexual no Hospital Regional de Assis, bem como demonstrou a possibilidade de multiplicação desse projeto nos serviços de saúde e outros segmentos da sociedade que possam compor uma rede de acolhimento.

### **Por que o termo tempo?**

Para narrar essa experiência, utilizei o recurso o qual chamei de 'tempos', que possibilitaram evidenciar cada fase percorrida, contextualizando cada uma delas no "tempo cronológico e histórico, que é o tempo dos acontecimentos, englobando a nossa própria vida" (NUNES 2000,p.21).

Ao utilizar o tempo na narrativa, ele contribuiu não somente para a organização dos relatos, como também para a compreensão dos desdobramentos de cada momento, sendo uma ferramenta para ordenar as percepções sobre as quais narrei. Porém, ao falarmos do tempo, não pude amarrá-lo em um único conceito, pois segundo Nunes (2000):

A ideia de tempo é conceitualmente múltipla; o tempo é plural em vez de singular. Entretanto, suas várias modalidades não são díspares; embora com alcance diferente, a todas se aplicam as noções de ordem (sucessão, simultaneidade), duração e direção (...) (NUNES 2000, p.24).

Ao falar das várias modalidades de tempo, o autor se refere ao tempo físico, tempo psicológico, tempo cronológico, tempo histórico e tempo linguístico, quando os acontecimentos se misturam e são formas diferentes do tempo real.

A escolha do 'tempo' é a possibilidade de voltar o olhar a cada momento específico dessa construção, podendo assim dar qualidade e consistência a cada um desses momentos.

É importante salientar que a ideia de organizar em tempos ajudou-me a descobrir e explicar, em diferentes momentos históricos, as ferramentas que foram utilizadas no Programa Pétala e que, até então, não se encontravam claras ao iniciar esta narrativa.

Durante a construção desta narrativa, fui percebendo conceitos e aspectos teóricos que se faziam presentes neste projeto, ainda que sem a clara percepção deles, como algumas diretrizes e dispositivos da PNH - Política Nacional de Humanização e, nesse sentido, realizei alguns diálogos e interfaces teóricas com a minha experiência.

## **TEMPOS**

### **TEMPO 1 – ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA PÉTALA**

Quando, no HRA, surgiu o termo 'humanização', havia a necessidade de desmitificar e desligá-lo de conceitos, que reduzem sua compreensão em sentimentos de carinho, amor, compaixão e bondade. Neste trabalho, o termo 'humanização' será utilizado considerando as discussões conceituais construídas pelo PNHAH, que tinha suas práticas voltadas somente aos hospitais e, posteriormente com o novo olhar trazido pela PNH, com maior abrangência e capilaridade, em todos os espaços do SUS.

O Ministério da Saúde, em 1999, lança o PNHAH - Programa Nacional de Humanização com o objetivo de promover mudanças de cultura no atendimento hospitalar, "referente à pouca atenção oferecida aos aspectos subjetivos da atividade assistencial nos hospitais"(NOGUEIRA-MARTINS 2003).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar trazia a seguinte proposta:

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2001).

Sabendo que os hospitais do interior não estavam incluídos nessa fase, insistentemente procuramos a inserção do HRA, sendo o primeiro hospital do interior paulista, em um município com menos de 100 mil habitantes, a participar sistematicamente da construção desse trabalho na SES-SP.

Nesse cenário, desencadeou-se várias ações para sensibilizar os profissionais e a gestão hospitalar para constituir o 'Grupo de Trabalho Humanizado'—GTH. Após a constituição da equipe, foi possível agregar profissionais que acreditaram e apoiaram esse processo, desencadeando as seguintes ações: diagnóstico do perfil hospitalar com relação ao serviço humanizado, elaboração e implantação do plano operacional de ação de humanização e avaliação dos resultados da implantação desse processo. Ainda em 2003, realizamos estudo diagnóstico abordando os indicadores propostos pela PNHAH para atendimento humanizado, sendo estes: a qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos para o atendimento aos usuários, acesso e presteza no atendimento de qualidade da informação fornecida aos usuários, relacionamento entre profissionais e usuários, comunicação de queixas e sugestões pelos usuários.

Em 2004, a implantação da Política Nacional de Humanização- PNH nos trouxe a possibilidade de novos debates sobre o modelo de gestão e de atenção hospitalar nos levando a ultrapassar as "fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção de saúde (BRASIL 2004) e a associação entre as práticas de cuidado e de gestão do cuidado, cuja construção se dá no dia-a-dia.

Com novos olhares sobre o sentido da humanização trazida pela PNH, com novos atores e novas demandas, foi possível iniciar uma discussão com os

trabalhadores da saúde sobre os temas da PNH - Política Nacional de Humanização.

Somente ao escrever essa narrativa, fui que percebendo a influência da PNH na elaboração do modelo que buscávamos para o futuro Programa Pétala (que foi oficialmente implantado em 2006).

Os temas que permeavam as rodas de discussão estavam pautados nos princípios norteadores da PNH - A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, sendo estes: 1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; 2) estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 3) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; 4) atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; 5) utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos<sup>15</sup>.

Na mesma época, em 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde - Área Técnica de Saúde da Mulher e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, incentivou os serviços a capacitar seus profissionais para diagnosticar os casos de violência sexual, valorizando as parcerias com diferentes setores. Essas ações tinham, por objetivo principal, garantir uma assistência adequada e acolhedora à vítima.

Os programas do Ministério da Saúde destinados à saúde da mulher e do bebê também chegam até o HRA e focamos no serviço de gravidez de risco que compreende as adolescentes na atenção pré-natal, parto e nascimento.

O Serviço de gravidez de risco tinha ações voltadas ao aleitamento materno exclusivo, em consonância com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC<sup>16</sup>, que tem por objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e o Método Mãe Canguru, destinado ao recém-nascido de baixo peso com a implantação dos

---

<sup>15</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)

<sup>16</sup> A IHAC foi criada em 1990 pela OMS e UNICEF, em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso (WHO/UNICEF, 1990). Nos últimos quinze anos essa iniciativa tem crescido, contando atualmente com mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países do mundo, incluindo o Brasil.(Brasil 2010)

leitos 'Mãe - Canguru'<sup>17</sup>. Tais ações trouxeram a mudança no processo de trabalho das equipes, promovendo uma aproximação maior dos profissionais desse serviço com as gestantes e puérperas, fortalecendo o vínculo entre profissional, paciente e família.

O serviço de pré-natal no HRA foi implantado por volta de 1996, frente à necessidade da região. Tornou-se referência para gravidez na adolescência e também para outros casos de gestação de risco, caracterizando-se pelo atendimento de adolescentes de até 15 anos de idade.

Porém o serviço recebe também mulheres com intercorrências clínicas da gravidez, não existindo uma faixa etária estabelecida, desde que apresentem problemas relacionados à gravidez de risco como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial crônica (HAC), doenças da tireoide, cardiopatias, doenças autoimunes (lúpus, pré-eclâmpsia grave ou fenômenos tromboembólicos), asma brônquica, epilepsia, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), nefropatias, depressão, alterações genética, entre outras.

O Serviço de Pré-Natal e Parto para Gravidez de Risco do HRA possui recursos humanos que, ao longo do tempo, participaram de várias ações e capacitações voltadas à gestante e ao RN de baixo peso, sempre focados na humanização da assistência hospitalar, como: Mãe-Canguru- Atenção ao Recém – Nascido de Baixo Peso, Aleitamento Materno, Banco de Leite Humano. Além de contar com uma equipe técnica composta por Psicóloga, Assistente Social, Médico Obstetra, Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Nutricionista. Também possui uma estrutura física com UTI Neo-Natal, Cuidados Intermediários, Alojamento Mãe Canguru, UTI Adulto e encontra-se em busca do selo Hospital Amigo da Criança.

Para a implantação do serviço de gravidez de risco, em especial do projeto de Gravidez na Adolescência, recebemos o apoio técnico e mobilização de alguns docentes da Unesp, os quais atuavam no Conselho Municipal de Saúde de Assis, o que foi de grande importância para iniciar a rede de atenção à gravidez de risco. A

---

<sup>17</sup> O Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como Cuidado Mãe Canguru ou Contato Pele a Pele, tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer (BPN). Foi idealizado e implantado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, e denominado "Mãe Canguru" devido à maneira pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais. (VENÂNCIO,S.I.,ALMEIDA,H.,2004)

equipe de técnicos do HRA também buscou, na universidade, suporte técnico no sentido de como lidar com esse perfil de usuárias no serviço de obstetrícia. No caso, eram somente adolescentes, e reconhecíamos que os conhecimentos técnicos da equipe de apoio, naquele momento, necessitavam de ser aprimorados. As questões psicossociais que permeiam uma gravidez na adolescência são delicadas e necessitam de cuidados diferenciados.

Muitas adolescentes atendidas no serviço de pré-natal e obstetrícia do HRA encontravam-se em situação de vulnerabilidade, que segundo o Ministério da Saúde deve ser compreendida como "a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos" (2005, p. 9).<sup>18</sup>

Portanto a gravidez na adolescência, embora muito mais complexa do que se pretende abordar neste trabalho, é reflexo dessa vulnerabilidade, definida por aquilo que se encontra em seu redor, no contexto sociocultural que está inserida em sua realidade.

O apoio da Unesp naquele momento foi relevante na compreensão de situações subjetivas do cuidado para a gestação na adolescência e também como campo de pesquisa.

Com maior vínculo das adolescentes gestantes com os profissionais, em especial em psicologia e serviço social, relatos por parte deles sobre adolescentes grávidas advindas de abuso sexual começaram a fazer parte de nosso cotidiano, o que nos inquietava imensamente, nos levando a buscar formas de cuidar dessas pessoas, o que se concretiza com a implantação de um serviço voltado a cuidar de pessoas em situação de violência sexual, de forma intersetorial.

Ao percebermos a dificuldade em lidar com os casos de violência sexual, nos mobilizamos no sentido de buscarmos informações e locais onde pudéssemos nos capacitar para enfrentar essa nova realidade que se apresentava. Mas por onde começar? Foi então que iniciamos a nossa busca por informações.

Nesse período, realizamos contatos sistemáticos com o Ministério da Saúde, pois conseguíamos poucas informações na SES-SP.

---

<sup>18</sup> Ministério da Saúde – Marco legal: Saúde um direito de adolescentes, 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_legal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf)

Nesse sentido, foi essencial a aproximação da Secretaria de Atenção à Saúde do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Embora na ocasião não fosse do nosso conhecimento, já existiam algumas ações estabelecidas como: a portaria nº 936, de 19 de maio de 2004, que “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” e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada em 2004. Partindo da nossa necessidade, tomamos a iniciativa de encaminhar, em 2005, pré-projeto para formação da “Rede de Atenção à pessoa em situação de violência sexual”. Ele foi construído com a participação inicial da equipe técnica do HRA, da qual fazia parte uma psicóloga, uma assistente social, uma médica infectologista, duas enfermeiras e dois profissionais com formação em direito. Também participou da elaboração os profissionais da segurança pública das regiões de Assis e Ourinhos. Como resultado dessa ação, o Hospital Regional de Assis foi aprovado para o recebimento de recursos financeiros em maio de 2006.

O investimento do Ministério da Saúde foi na ordem de cinquenta mil reais, para prover as ações para formação da rede de atenção à pessoa em situação de violência sexual, realizado através de repasse a fundo do Ministério da Saúde para a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Houve um importante movimento de construção conjunta da rede, pois era necessário ouvir os profissionais das regiões de Assis e Ourinhos no sentido de sensibilizá-los para discutir a dimensão da violência sexual e a realização do projeto regional de capacitação e atenção à pessoa em situação de violência sexual.

Iniciamos o contato com a Polícia Civil e Polícia Militar com o intuito de conhecer como essas instituições realizavam o acolhimento às vítimas e os casos registrados. Ao verificar a forma de acolhimento, percebemos que o papel de polícia era burocraticamente realizado, pautando-se no boletim de ocorrência e encaminhamento para profilaxia de DST/AIDS conforme normativa que impõe tal procedimento para a polícia civil, respaldados pela Lei nº 10.291, de 07 de abril de 1999 (anexo 2) que “obriga os servidores das Delegacias de Polícia a informarem às vítimas de estupro sobre o direito de aborto legal” e o Decreto nº 48.462, de 20 de janeiro de 2004 ( anexo 3). Regulamenta a Lei nº 10.920, de 11 de outubro de 2001\*, que obriga as Delegacias de Polícia a informar às vítimas de crime contra a

liberdade sexual e o direito a tratamento preventivo contra a contaminação pelo vírus HIV.

Portanto, um número limitado de profissionais não pertencentes ao quadro da saúde e que, futuramente incorporariam a rede, conheciam o fluxo e a importância dos protocolos de encaminhamentos e protocolos clínicos para profilaxia de DST e AIDS. Porém é necessário salientar que, especificamente, nas Delegacias da Mulher, havia o conhecimento e o conselho para o encaminhamento da vítima para os cuidados de saúde, seja ao COAS - Centro de Orientação e Aconselhamento em DSTs/AIDS para os casos de Ourinhos ou no GIPA - Grupo Integrado de prevenção e Atenção a DSTs/AIDS para os casos de Assis.

Ficou evidente que a porta de entrada para os casos de violência sexual até então era a segurança pública através das DDMs, o que nos leva a entender a preocupação do setor de saúde em parceria com a segurança para garantir os cuidados profiláticos, por meio de leis e decretos. As legislações apenas garantem que as vítimas sejam informadas, mas não garantem que realmente as vítimas procurem o serviço, o que sugere a importância da rede para o cuidado integral.

Visamos a conhecer localmente os serviços já estruturados como o Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza” da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e o Complexo Hospitalar de Sorocaba (atual Conjunto Hospitalar de Sorocaba) para discussão da importância da rede intersetorial e sobre os cuidados médicos e psicossociais, dividindo experiências concretas dos referidos serviços em funcionamento no estado de São Paulo.

Em julho de 2005, realizamos o I Encontro de Sensibilização para implantação da Rede Integrada para o enfrentamento da violência sexual, com a participação da Universidade de São Paulo – Centro Escola Geraldo de Paula Souza – PAVAS, com a presença de representantes do 25 municípios, profissionais do Hospital Regional de Assis, Segurança Pública, Promoção Social, Conselhos Tutelares, Conselhos Municipais de Saúde, Profissionais da Atenção Básica, Saúde Mental, Polícia Científica, Ministério Público e Assistentes Sociais do Judiciário, entre outros pertencentes às regiões de Assis e Ourinhos. No mesmo ano, foi realizado o II Encontro de Sensibilização para implantação da Rede Integrada com a participação dos profissionais do Núcleo de Atendimento Imediato às Vítimas de Violência Sexual do Complexo Hospitalar de Sorocaba, atual Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

Foram realizadas discussões em grupo que proporcionaram reflexões sobre o entendimento de violência sexual e práticas de cuidado em relação à mesma. Alguns resultados foram os seguintes: os participantes tinham conhecimento dos casos de forma fragmentada, não existia a interlocução para discussão sobre a situação da vítima e familiares; duplicidade de trabalho e consequente revitimização, uma vez que a vítima relatava a sua história várias vezes nos diferentes serviços em que era ouvida; inexistência da responsabilização e organização de fluxos de atendimento pelos diferentes atores governamentais e não governamentais.

Ao final das duas oficinas realizadas, com aproximadamente cem profissionais, ficou evidenciado a importância da rede intersetorial para o cuidado integral à pessoa em situação de violência sexual.

### **Mapeando os serviços das regiões de saúde de Assis e Ourinhos**

Mesmo com todos os avanços nas políticas públicas ocorridos para defesa da mulher, criança e adolescente e com as ações para construção da rede ocorrendo em nosso território, não havia clareza quanto ao número de casos ocorridos. Os dados epidemiológicos não eram registrados, não existia na ocasião a ficha de notificação no Estado de São Paulo, sendo adotada somente em 2006. Portanto, não tínhamos informações de como se dava o acesso para essas pessoas na atenção básica

Frente a esta situação, procuramos conhecer essa realidade com o Grupo de Vigilância Epidemiológica da então DIR - Direção Regional de Saúde, com sede em Assis. Foi elaborado um questionário que foi enviado aos 25 municípios de abrangência do Hospital Regional de Assis.

O questionário, para mapear os serviços na região, foi um instrumento de pesquisa que nos permitiu conhecer e avaliar os serviços existentes nos 25 municípios. Em novembro de 2005, ele foi apresentado e aprovado pelo Colegiado de Gestão Regional- CGR, e foi distribuído através da Vigilância Epidemiológica do Estado (atual GVE-13-Assis), responsável pelas regiões de Assis e Ourinhos. O questionário (anexo 4) foi elaborado com perguntas simples, mas que objetivavam conhecer a situação existente para atenção à pessoa vítima de violência sexual.

As respostas não tardaram em retornar e confirmaram a nossa expectativa quanto à falta de acesso na atenção básica e a carência desse serviço na região.

Como resultado, somente os municípios de Assis e Ourinhos eram referências para receber essa demanda, através do GIPA e COAS respectivamente. Eles realizavam atendimento de DST/AIDS e dispunham dos medicamentos profiláticos, que também são utilizados nos casos agudos de violência sexual. Portanto, os serviços eram centralizados no GIPA e COAS, não havia uma porta de entrada nas unidades básicas e nem continuidade do cuidado de forma sistemática e organizada para garantir a diminuição dos danos físicos e psicológicos provenientes desse tipo de abuso, tampouco um olhar aguçado para detecção precoce na atenção básica.

A partir dessa conclusão, como primeira estratégia, elaborou-se uma agenda de visitas para os municípios de Assis e Ourinhos, sendo essas as cidades que potencialmente teriam condições e estruturas para discutir essa necessidade, uma vez que ambos os municípios estavam trabalhando para implantação do Projeto Sentinela. A elaboração dessa agenda foi focada, num primeiro momento, nas pessoas responsáveis pelas Secretárias Municipais de Saúde, Secretarias de Educação, Conselhos Tutelares, Assistência Social, Delegacias de Polícia, Polícia Militar, Polícia Técnica, Poder Judiciário, Ministério Público, Grupo de Vigilância Epidemiológica e na anteriormente denominada DIR-8- Direção Regional de Saúde de Assis, atual DRS-9-Departamento Regional de Saúde de Marília. Nessa agenda, também incluíram-se instituições de ensino como a Famema - Faculdade de Medicina de Marília e a Unesp - Universidade do Estado de São Paulo - Câmpus de Assis.

Como resultado das visitas, obtivemos o apoio e a participação de vários segmentos e, em conjunto, procuramos os meios necessários para elaboração de um "esboço" da conformação rede e responsabilização de cada setor frente a uma demanda que ainda desconhecíamos em sua totalidade.

Sendo uma situação nova vivenciada por todos, houve a necessidade de fortalecer e embasar uma construção que ainda estava por acontecer, quando então, encontros foram acontecendo mensalmente com os atores representantes das instituições já citadas e equipe de HRA. Também se realizaram discussões semanais com a equipe do Hospital Regional de Assis, composta por: uma médica infectologista, um médico ginecologista, uma psicóloga, duas enfermeiras do serviço

de epidemiologia do HRA e duas enfermeiras da obstetrícia, uma assistente social, um advogado e uma assistente técnica da direção do hospital, em que se procurava estabelecer a rede de conexões e responsabilizações interna para o acolhimento da pessoa em situação de violência sexual.

Os encontros semanais com a equipe de implantação do projeto para atenção à pessoa em situação de violência sexual, denominado neste momento de CAVVS-Centro de Apoio à Vítima de Violência Sexual (o futuro Programa Pétala não contava com uma pauta, mas sim com a discussão de questões que ocorriam entre seus membros e que se faziam necessárias para o alinhamento de algumas ações, bem como a rotina que seria estabelecida para o acolhimento da vítima neste serviço).

Nos encontros semanais da equipe do HRA, em alguns momentos específicos, tínhamos a participação da Polícia Civil e Militar ou do Conselho Tutelar e Secretaria Municipal de Saúde de Assis ou ainda outros atores como a Polícia Científica (Médicos-Legistas) e profissionais do pronto-socorro de Assis, Famema e Unesp, dependendo da necessidade das partes. Entre os temas discutidos, os mais relevantes foram os que buscavam identificar a responsabilidade dos componentes e/ou instituição que participavam. Outro tema que permeava nossos encontros eram sobre a definição do papel de cada segmento na rede, além daquele já definido pelo papel institucional e característica do trabalho, identificando qual seria a linha de participação além das atividades inerentes à função que desempenhavam, ou seja, poderiam contribuir na prevenção, capacitações, acompanhamento psicossocial, orientações jurídicas, entre outros. Muito foi discutido sobre as formas de acesso da pessoa em situação de violência sexual aos serviços da rede, como eles aconteciam de forma fragmentada e como a rede poderia contribuir para a integralidade do cuidado. Essas discussões nem sempre ocorriam de forma linear, eram conflituosas até chegar a um consenso, a uma linguagem comum.

Nessa mesma época, a equipe de saúde encontrava-se empenhada nos estudos sobre os cuidados aos quais a vítima teria que se submeter dependendo do tipo de abuso. Os crônicos são situações que ocorrem por períodos de tempo mais extensos, de maneira progressiva, cometidos principalmente contra crianças, por pessoas próximas, que contam com a confiança delas e das famílias. Nesses casos, as ameaças são geralmente mais veladas, e o uso de violência física nem sempre está presentes. Mas pode existir a possibilidade de contaminação por DSTs ou gestação, porém as lacerações e lesões físicas graves são pouco frequentes.

Em conjunto, elaboramos um protocolo organizacional com os setores envolvidos e o fluxograma para o atendimento em rede, ou seja, de como proceder o atendimento inicial a esse tipo de situação o qual poderia ocorrer nos vários serviços da Atenção Básica, da Polícia Civil, Militar, Conselhos Tutelares, entre outros das regiões de Assis e Ourinhos e no Programa Pétala como referência nesse primeiro momento.

A mesma preocupação se estendeu aos casos de violência sexual aguda que correspondem, em sua grande maioria, aos “assaltos sexuais”, correlacionados intimamente com a violência urbana e com ocorrência principalmente no espaço público. São mais frequentes nos períodos de trânsito entre casa/escola/trabalho/lazer. As ameaças à vida ou à integridade física são bastante explícitas. Estão fortemente associadas à violência física e acometem, principalmente, adolescentes e mulheres adultas. O agressor geralmente é desconhecido, sem vinculação com a vítima. O atendimento a esse tipo de situação deve ser realizado o mais rápido possível em serviço de urgência, pela necessidade de avaliação imediata e tratamento de eventuais lesões físicas e pelos prazos definidos para o início das profilaxias contra DSTs e gestação indesejada. Deve-se conhecer, com detalhes, o perfil da vítima: faixa etária, sexo, moradia, composição familiar, relacionamento intrafamiliar e também dados pertinentes à elaboração da notificação compulsória.

### **Delineando o perfil e o fluxo de acolhimento do Programa Pétala**

Com tantos elementos a serem coletados para estabelecer o fluxo do cuidado a ser dispensado à pessoa em situação de violência sexual, a equipe do futuro Programa Pétala estabeleceu como prioridade no acolhimento a escuta pelos serviços envolvidos que não causasse constrangimentos e maiores danos psicológicos, além dos já sofridos pela pessoa, para não causar a ‘revitimização’.

O significado do termo revitimização não foi encontrado em dicionários da língua portuguesa, ainda é um conceito que se encontra em construção, sendo derivado de vítima. Segundo a Declaração Universal dos Direitos das Vítimas de Crime e de Abuso de Poder, “vítimas” são:

(...) as pessoas que, individual ou coletivamente, tenham sofrido danos, inclusive lesões físicas ou mentais, sofrimento emocional, perda financeira ou diminuição substancial de seus direitos fundamentais, como consequência de ações ou omissões que violem a legislação penal vigente nos Estados-membros, incluída a que prescreve o abuso criminal de poder.<sup>19</sup>

O prefixo “re” na língua portuguesa tem o sentido de repetição, portanto:

(...) a ideia de revitimização remonta do movimento dos direitos humanos[1], em especial, da região sul e sudeste do Brasil sob a ótica de que as crianças e/ou adolescentes molestados sexualmente já foram vítimas de crime com reflexos psicológicos duradouros e diante do Estado, acabam sendo invariavelmente vitimadas inúmeras vezes.

Daí a ideia de revitimização, ou seja, ser vítima mais de uma vez o que faz culminar numa verdadeira violência institucional, ou violência institucionalizada (COSTA 2011).

No parecer técnico do Conselho Federal de Serviço Social-CFESS, para discussão do papel do assistente social, durante o depoimento da criança e/ou adolescente ao juiz, encontramos a seguinte definição para ‘revitimização’:

(...) a criança é exposta diversas vezes e inadequadamente, diante de vários órgãos e agentes, causando novos danos, ou dano secundário, tão ou mais graves que o próprio abuso, informa que a prática nas Varas da Infância e da Juventude demonstra que não raro, após a primeira revelação –muitas vezes ocorrida na escola –, a criança é ouvida no serviço de orientação educacional da escola; depois segue para o Conselho Tutelar, Hospitais, Delegacia de Polícia, Instituto Médico legal, Ministério Público e, apresentado o caso à justiça, novamente será ouvida, em audiência.(FÁVERO 2008)

Identifica-se que é praticamente unânime a preocupação de todos os segmentos profissionais com relação à revitimização, em especial de crianças e adolescentes que são ouvidos inúmeras vezes nos serviços onde são atendidas, na investigação policial, nos serviços ambulatoriais e demais feitos judiciais. Mediante essa problemática, em relação à pessoa em situação de violência sexual, discutimos com os segmentos participantes quais seriam as principais portas da rede. Como resultado, foram elencadas a Polícia Civil e Militar, com o objetivo de manter uma interlocução constante para o acompanhamento da vítima e de minimizar os danos e a fragmentação do processo de escuta, para que ela acontecesse em conjunto com a equipe do HRA, para elaboração do B.O. - Boletim de Ocorrência, evitando-se a

<sup>19</sup> Declaração Universal dos Direitos das Vítimas de Crime e de Abuso de Poder

exposição desnecessária da vítima. Como também, o desgaste emocional já instalado nesse tipo de atendimento, em maior parte para vítima, e também para os profissionais que estão lidando com essa problemática.

Destaco que o conceito de “revitimização” nesses contextos tem sido utilizado apenas como sinônimo de excesso de depoimentos. No entanto, Daltoé (2007) considera que tanto a falta, quanto o excesso ou a inadequação na condução do processo podem revitimizar a pessoa em situação de violência, o que é mais prejudicial nos casos de criança ou adolescente que passam por esse processo.

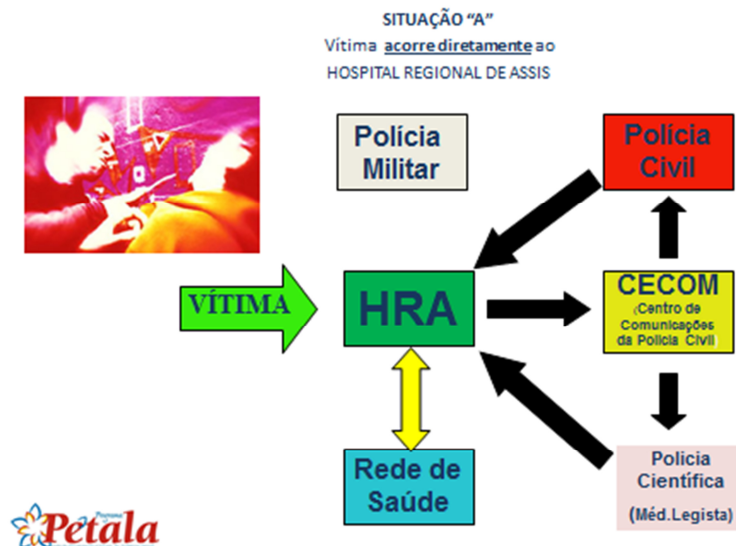
Para minimizar esses danos, o HRA participou de vários encontros com a Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Científica (médicos-legistas) e Unidades Básicas de Saúde das regiões de Assis e Ourinhos para construção de um fluxo de atendimento, em que outras portas de entrada fossem levadas em consideração. As instituições envolvidas e seus profissionais teriam de entender a importância da pactuação e o fluxo de encaminhamento a ser discutido e, posteriormente, garantir ao usuário o acolhimento na rede, que se encontrava em construção, sendo tecida cuidadosamente.

Como produto dos primeiros encontros com a equipe multiprofissional do futuro Programa Pétala e com os demais parceiros, mais especificamente com a Polícia Civil, Polícia Militar, Perícias Médica e Unidade Básicas de Saúde foi elaborado um fluxograma. Ele apresentava os possíveis caminhos que a pessoa em situação de violência sexual poderia percorrer. Isso fomentou ainda mais os nossos encontros, sendo motivo de grandes negociações e discussões para garantir o acolhimento humanizado e resolutivo à vítima que poderia ser atendida nas várias portas de entrada do sistema; mais comumente na Saúde- Atenção Básica, na Polícia Militar e Polícia Civil, centrando nesses órgãos a ordenação da Rede que se pretendia criar. E, em 09 de fevereiro de 2006, apresentamos a minuta de Ações Integradas para o Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (Anexo 5) para apreciação e sugestões de todos atores envolvidos.

A minuta de Ações Integradas previa inicialmente as possíveis portas de entrada e foi redigida em conformidade com o fluxograma, o qual foi construído da seguinte forma:

### **SITUAÇÃO “A”**

Quando a vítima se dirige diretamente ao HRA, desencadeiam-se as seguintes ações integradas:



I – O HRA comunica a ocorrência ao CECOM (Centro de Comunicações da Polícia Civil), se criança e/ou adolescente comunica também o Conselho Tutelar. No caso de maiores de idade, dependerá do desejo da pessoa.

II- O CECOM:

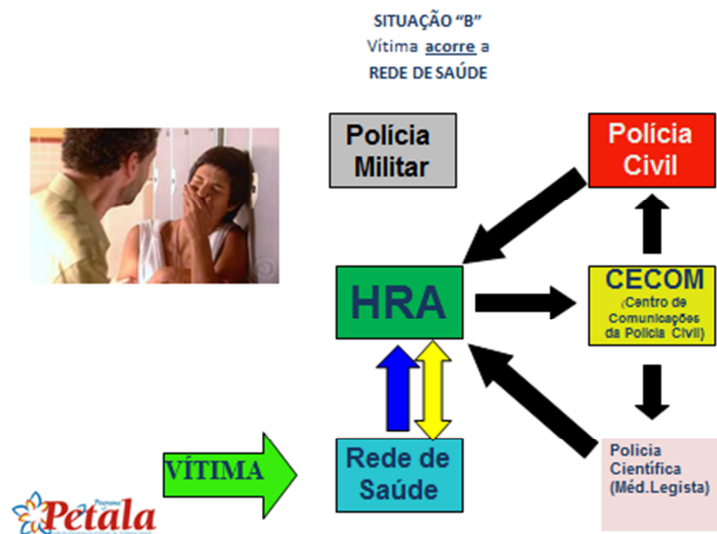
- a) comunica a ocorrência à Polícia Civil e
- b) comunica a ocorrência ao Instituto Médico-Legal;

III – A Polícia Civil se dirige ao HRA e

IV – O médico legista se dirige ao HRA.

### **SITUAÇÃO "B"**

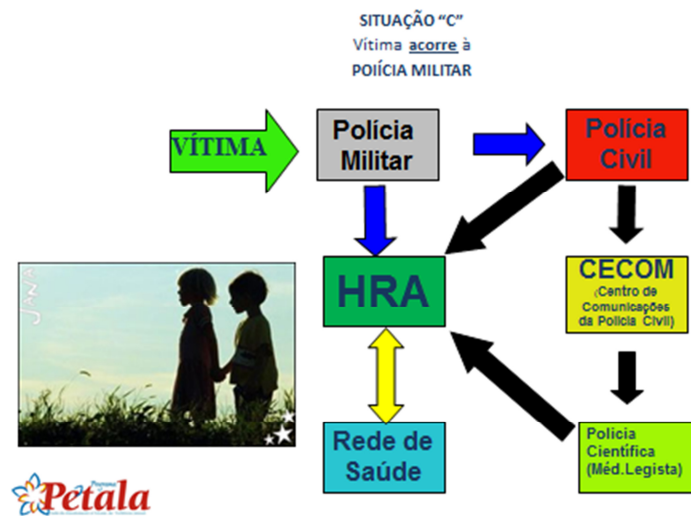
Quando a vítima se dirige à rede de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde, Pronto Socorros e Hospitais), desencadeiam-se as seguintes ações integradas:



- I – A rede de saúde encaminha a vítima ao HRA
- II – HRA comunica a ocorrência ao CECOM;
- III – O CECOM:
  - a) Comunica a ocorrência à Polícia Civil e
  - b) Comunica a ocorrência ao Instituto Médico Legal;
- IV – A Polícia Civil se dirige ao HRA e
- V – O médico legista se dirige ao HRA.

### SITUAÇÃO "C"

Quando a vítima acorrer à Polícia Militar, desencadear-se-ão as seguintes ações integradas:



I – A Polícia Militar:

- a) encaminha a vítima ao HRA e
- b) encaminha a ocorrência à Polícia Civil;

II – A Polícia Civil:

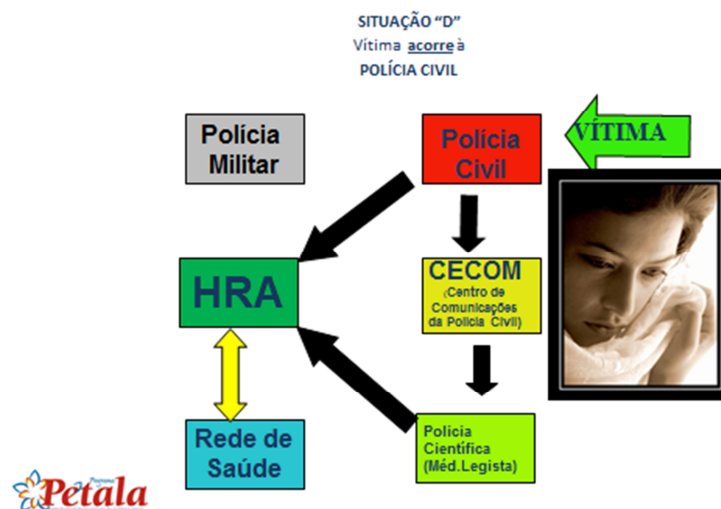
- a) comunica a ocorrência ao CECOM e
- b) dirige-se ao HRA;

III – O CECOM comunica a ocorrência ao Instituto Médico Legal e

IV – O médico legista se dirige ao HRA;

### **SITUAÇÃO "D"**

Quando a vítima se dirigir à Polícia Civil, desencadeiam-se as seguintes ações integradas:



#### I – A Polícia Civil:

- a) Registra (ou não) a ocorrência;
- b) Comunica a ocorrência ao CECOM e
- c) Encaminha a vítima ao HRA;

#### II – O CECOM comunica a ocorrência ao Instituto Médico Legal e

#### III – O Médico Legista se dirige ao HRA

Contudo, mesmo com um fluxograma discutido e colocado no papel, isso não garantiria a proposta de acolhimento, não garantiria que todos os profissionais o cumprissem, pois, para muitos, ainda não tinha o significado esperado para sensibilizá-los em como proceder a uma conduta diferenciada para atendimento à pessoa em situação de violência sexual.

Assim, existia a preocupação de como treinar os profissionais do HRA para o futuro Programa Pétala, uma vez que ainda não contávamos com nenhum tipo de recurso financeiro ainda em fase de liberação pelo Ministério da saúde. No sentido de direcionar as ações que poderiam ser desenvolvidas pelo Programa Pétala, pedimos apoio das universidades Famema - Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília e Unesp - Universidade Estadual Paulista - Câmpus Assis.

A partir do envolvimento das universidades, obtivemos da Famema a capacitação da equipe matricial do Programa Pétala através da metodologia ABP - Aprendizagem Baseada em Problema - e formação de tutores para realização do trabalho de campo na Atenção Básica e demais segmentos de cada município, cujos

grupos eram compostos intersetorialmente, o que nos fez buscar uma metodologia que desse conta de apoiar diversos saberes.

Junto à Unesp, a parceria evoluiu no sentido de disponibilizar estagiários para atuar no programa com a supervisão da universidade e várias reuniões foram realizadas para construção do projeto de estágio, sendo que a primeira ocorreu em 18 de abril de 2006, estruturando o serviço de atenção psicossocial do HRA, apoiando os serviços de psicologia dos municípios participantes.

Como resultado do projeto apresentado ao Ministério da Saúde e com as novas propostas incorporadas, o Hospital Regional de Assis foi aprovado para o recebimento de recursos financeiros em maio de 2006.

A aprovação do recurso financeiro no valor de cinquenta mil reais subsidiou todas as ações que serão relatadas neste trabalho por um período de dois anos.

Ao mesmo tempo em que se realizava esses movimentos, aguardava-se a resposta do Ministério da Saúde para se conseguir recursos financeiros e iniciar o projeto de capacitação nos municípios, mais especificamente com os vários segmentos que pactuaram com a participação para formação da rede municipal e, conseqüentemente, regional, uma vez que se entendia a necessidade do acolhimento ocorrer localmente, legitimando assim o papel da rede municipal e regional.

## **TEMPO 2 – IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA PÉTALA**

### **Formação da equipe de referência no HRA**

Ao iniciarmos este trabalho, buscou-se, na equipe multiprofissional do Hospital Regional de Assis, quais seriam os profissionais interessados em trabalhar com esse tipo de cuidado, pois não tínhamos e não temos até o presente nenhuma portaria que obrigasse o HRA a ter um serviço dessa natureza, a não ser a necessidade exposta através dos casos que lá vivenciamos e o desejo de fazer algo por aquelas pessoas, pois quanto mais estudávamos e buscávamos informações sobre o assunto, maior era o nosso desejo de unir forças e formas de atenção para acolher essas vítimas.

A maior dificuldade foi encontrada com relação ao profissional médico para compor a equipe, pois era necessário um ginecologista, um pediatra e um infectologista para a equipe atuar de forma ampliada. Num primeiro momento, procuramos compor com um profissional de cada especialidade, o que, logo em seguida, demonstrou-se ineficaz, pois não poderíamos ter esses profissionais por 24 horas atendendo. A solução encontrada foi colocar o serviço de ginecologia e obstetrícia para realizar o acolhimento e os primeiros cuidados clínicos para os casos que chegavam até o hospital Regional de Assis.

Ao colocar o serviço para funcionar nesse setor, foi possível contar com todos os profissionais que já atuavam no local, portanto médicos e serviço de enfermagem por 24 horas. No entanto, faz-se necessário lembrar que, para tal resultado, foi necessária a sensibilização e capacitação de todos os profissionais que atuavam nesse serviço, bem como a anuência e consenso de todos, o que foi propiciado por meio dos encontros que realizávamos para discussão do processo de trabalho a ser adotado naquele local para atendimento dessa nova demanda. Mesmo com todos os cuidados tomados, em muitos momentos, alguns profissionais demonstravam muita insegurança ou mesmo entendendo como não parte de suas funções e se negavam ao atendimento, o que, no decorrer das capacitações internas, foi possível minimizar. Procurávamos entender tal comportamento, pois tínhamos o conhecimento das dificuldades emocionais que permeavam o processo de acolhimento à vítima de violência sexual.

Ao mesmo tempo, era premente a necessidade de identificar quais eram as barreiras existentes para implantação do serviço de atenção integral às pessoas vítimas de violência sexual, bem como a possibilidade de dar visibilidade a ações inovadoras e humanizadas de atenção que pudessem ser implementadas municipal e regionalmente. Para que isso fosse possível, precisávamos de buscar formas de acolher os nossos profissionais, oferecendo condições técnicas e emocionais para os atendimentos. Uma das maiores dificuldades dos profissionais de saúde, além de realizar o acolhimento do relato e demais procedimentos clínicos, era a necessidade do preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória, a qual comumente deixava de ser preenchida pelo profissional médico devido ao detalhamento que a mesma exige, ficando para o profissional de enfermagem, do serviço social ou da psicologia o referido preenchimento.

A Ficha de Notificação compulsória é um importante instrumento que o Ministério da Saúde, ao reconhecer a violência como um problema de saúde pública, nesse caso a violência sexual, coloca como prioridade em casos de suspeita ou de confirmação da violência. A Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS-MS, responsável pela implantação, em 2006, lançou um instrumento único de notificação compulsória - Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras violências, sendo implantada em 27 unidades da federação.

A melhoria do sistema de notificação permite aos gestores e serviços de referência identificar os principais tipos de violência, onde ocorreram, os horários de maior frequência e o perfil do possível autor da violência sexual, oferecendo subsídios para o planejamento de ações de prevenção e de intervenção imediata para cessar a violência, de acordo com a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - Portaria GM/MS, nº 737, de 16 de maio de 2001.

A Ficha de Notificação compulsória é realizada independente do Boletim de Ocorrência - BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia estadual e municipalmente, que é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar e Polícia Civil, embora não seja padronizado nacionalmente. Em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Apesar de sua relevância, é importante considerar que a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Sexual tem como uma de suas finalidades permitir aos gestores municipais a identificação das principais violências, para subsidiar ações de promoção, prevenção e intervenção que venham coibir situações que causem danos às pessoas. Porém, não é o que constatamos como parte de uma política de gestão da saúde nos municípios. Embora os atendimentos sejam realizados e notificados, eles ainda são influenciados por fatores de ordem pessoal dos profissionais pela especificidade do caso atendido, não sendo uma rotina estabelecida e descentralizada. Ou seja, o preenchimento da Ficha de Notificação é centralizada na vigilância epidemiológica do município, sendo um complicador nos municípios maiores.

Sabemos que existem esforços do Ministério da Saúde em fomentar não só o preenchimento da ficha, mas o cuidado à vítima ao definir de forma tripartite as "Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015", com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde e a Implementação do

Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap) (BRASIL 2013) ao incluir no rol de metas o seguinte indicador: “Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.”

As Fichas de Notificação existentes nos bancos de dados, em sua maioria, são provenientes de uma demanda espontânea, pois é preciso considerar a dificuldade dos profissionais em identificar os casos que chegam até os serviços de saúde, acarretando o não preenchimento da ficha e a não realização do cuidado de saúde específico, lembrando que na graduação nem sempre é incluído esse aprendizado.

### **Conhecendo outros serviços no Estado de São Paulo**

Conforme aponta Gendlin, “quando a experiência direta serve como base para afirmações, ela não está à parte da situação, já que a estrutura situacional está implícita. É possível, por isso, estruturar situações com sentimentos e palavras” (GENDLIN 1973 apud DUTRA 2002 p.372).

Levando-se em consideração a citação anterior, estávamos em busca de experiências exitosas, para nos abastecer e fortalecer através de experiências já existentes. Visitamos o Hospital Pérola Byington, cujo serviço foi idealizado em parceria com Secretária de Segurança Pública do Estado de São Paulo, através da Polícia Científica. Posteriormente, visitamos o Complexo Hospitalar de Sorocaba ( atual Conjunto Hospitalar de Sorocaba) e o Centro de Apoio à Vítima de Violência Sexual do Centro Paula Souza – da Universidade de São Paulo - Saúde Pública, para que assim conhecêssemos as iniciativas de atenção à pessoa em situação de violência sexual existente no estado de São Paulo, com ações intersetoriais.

O serviço no hospital Pérola Byington contava, na ocasião, com uma equipe de médicas-legistas, com plantões de 24 horas no hospital, e equipe multiprofissional – médico Gineco-Obstetra, médico infectologista, psicóloga, Assistente Social, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. O serviço foi estruturado de forma a dar atendimento para o município de São Paulo para acompanhamento dos casos que lá chegavam, sendo esses por meio da demanda espontânea ou através das delegacias de polícia, a qual acionava o hospital e o veículo da própria

Polícia Civil. O carro permanecia no hospital e era acionado para que a pessoa, após Boletim de Ocorrência, realizasse o exame de corpo delito nas dependências do Hospital Pérola Byington. O veículo destinado para acolher a vítima na delegacia era uma "van" descaracterizada e, em seu interior, encontrava-se equipada com instrumentos de urgência e emergência, mas também com duas poltronas, possibilitando que o profissional do hospital, mesmo em trânsito efetuasse o atendimento, podendo ser o psicólogo e/ou Assistente Social, amenizando os agravos oriundos da revitimização.

O modelo de atenção do Hospital Perola Byington encontrava-se ancorado em 14 médicas-legistas e uma equipe do hospital que atua conjuntamente.

O Programa Bem-Me-Quer do Perola Byington é um exemplo positivo, destacando-se no aspecto da manutenção de uma equipe de 'médicas'-legistas atuando dentro do hospital. Modelo idealizado para atender a cidade de São Paulo e Grande São Paulo, portanto com uma estrutura diferenciada e pautada na medicina legal. Devido à dificuldade em reproduzir esse modelo, tentamos conhecer o serviço do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, o qual encontrava-se ancorado em um Protocolo de Ações Integradas em Atendimento à Vítima de Violência Sexual, envolvendo as secretarias estaduais de Saúde e Segurança Pública. O referido protocolo previa que o médico-legista comparecesse ao hospital quando solicitado para a realização da perícia, evitando maiores danos emocionais para a pessoa em situação de violência sexual.

O modelo do Conjunto Hospitalar de Sorocaba foi o que mais nos subsidiou para a construção do fluxograma da Rede Pétala, especialmente pela possibilidade do médico-legista comparecer ao HRA. Na minuta da Rede Pétala, esse item foi considerado ideal, após pactuação com o órgão responsável (Polícia Científica/ Instituto Médico Legal). Porém, na prática, ele se mostrou ineficaz, pois mesmo com a pactuação realizada para realização do exame médico legal no HRA, os médicos-legistas, por muitas vezes, se negavam a comparecer ao hospital, e a responsabilização em rede não era respeitada.

Na busca de conhecer os serviços existentes, também foi possível estabelecer um vínculo com Centro de Apoio à Vítima de Violência Sexual do Centro Paula Souza – da Universidade de São Paulo – Saúde Pública, cujo ambulatório atende somente crianças. Nesses contatos, foi possível pactuar capacitações para a equipe técnica do HRA e profissionais dos demais pontos da rede, com a

possibilidade de alinhar algumas ações e, ao mesmo tempo, organizar os fluxos externos e internos do HRA.

### **Tecendo a rede, conhecendo os nossos parceiros**

Para construção da rede, procuramos conhecer as instituições que fariam parte desse processo. Além do papel que desempenhavam, queríamos saber no que mais poderiam contribuir de forma responsiva e solidária. Ou seja, que respostas poderiam dar para atender os objetivos da rede, mesmo que tivessem de assumir novas ações para garantir o cuidado integral na rede.

Ao iniciarmos nossas visitas aos possíveis parceiros, sentimos a fragmentação como a violência sexual era tratada, ou seja, cada um por si, não existia a consciência de um trabalho conjunto, ações intersetoriais em que as diversas instituições públicas municipal, estadual e federal agissem em um mesmo sentido. As instituições contatadas no primeiro momento foram a segurança pública, representada pela polícia civil, militar e perícias médicas e as instituições municipais; saúde, educação, assistência social, conselho tutelar, entre outros.

As visitas eram previamente agendadas pela equipe do Hospital Regional de Assis. Ao decorrer dela, observamos como a pessoa em situação de violência sexual era acolhida, constatando-se que a situação era muito desordenada. Os profissionais não sabiam como administrar tal situação em sua prática diária, não possuíam um projeto que fosse além do cuidado emergencial do próprio serviço, cuidado que, muitas vezes, se resumia ao cumprimento formal de tarefas burocráticas. Isso era mais evidente na segurança pública, o que não excluía os demais segmentos do município. Não havia nenhum acompanhamento da vítima a partir do momento de seu encaminhamento para outro serviço. O que se via era uma peregrinação da pessoa em situação de violência sexual de serviço em serviço, e a desumanização do cuidado se fazia presente.

No decorrer das visitas aos responsáveis de cada segmento, ocorridas primeiramente no município sede de Assis, percebeu-se que, ao mesmo tempo em que entendiam a necessidade de uma ação conjunta, também havia uma grande resistência no sentido de expor questões que envolviam o processo de trabalho

deles, pois com a articulação da rede, eles teriam que revelar de que forma trabalhavam e acolhiam essas vítimas. Na realidade, se assim podemos chamar, nós nos deparamos com diversas "caixas-pretas", que segundo Latour:

(...) quando um fato é estabelecido, basta-nos enfatizar sua alimentação e produção, deixando de lado sua complexidade interna. Assim, paradoxalmente, quanto mais a ciência e a tecnologia obtém sucesso, mais opacas e obscuras se tornam. (LATOURE, 2008, p.353).

Para que a linha de cuidado na rede fosse construída, precisaríamos de saber como a vítima era acolhida em cada ponto da linha de cuidado, o que era realizado, como era realizado e como essas pessoas eram encaminhadas e acompanhadas para outros serviços, pois estávamos lidando com pessoas fragilizadas e que buscavam ajuda.

Ao vasculhar esse universo, a gestão de cada serviço ficou exposta, inclusive da própria equipe do HRA, criando, no decorrer do processo, inúmeros desconfortos. Pois, para que uma rede possa se formar, a corresponsabilização dos serviços é condição primária. Caso contrário, cairíamos na mesma armadilha de continuar cada um no seu espaço, sem o exercício do acolhimento e do cuidado integral. Embora houvesse a questão ética do sigilo a ser mantida, teríamos que nos reportar a outras instâncias para continuidade do cuidado, ou seja, estabelecer contatos e interagir com outros profissionais fora do espaço do HRA.

Para o dicionário Aurélio, a palavra integralidade significa a “qualidade de integral” e, de integral, ele diz: “Adj. 2 g. 1. Total, inteiro, global.” seu núcleo semântico é bem claro e preciso: estar todo, inteiro, completo.

É neste momento que entendemos o trabalho em rede não somente como um fluxograma pré-estabelecido, mas sim como procedimento de intervenção profissional e nesta visão:

Trabalho com Redes como uma possibilidade de romper com as formas cristalizadas de atendimento dos serviços que se defrontam com demandas cada vez mais complexas, decorrentes das transformações societárias contemporâneas, o que nos possibilita pensar não mais em termos de unidade, mas a partir de um dinamismo processual e sempre constante das associações (MIOTO 2002 p.53).

A proposta do Programa Pétala para construção de redes é que ela fluísse nos vários espaços, formando conexões internas e externas, potencializando o trabalho vivo e em ato, revelando possibilidades de construções inusitadas e ricas.

Para compor a rede, organizamos o acolhimento de forma que os serviços de saúde e outros ligados ao cuidado da pessoa em situação de violência sexual pudessem seguir mais de um fluxo, possibilitando mais do que uma porta de entrada. Esses profissionais teriam que ser sensibilizados e treinados, tais como profissionais do HRA, da polícia civil, polícia militar, judiciário, IML (Médico legista), conselhos tutelares, educação, assistência social, saúde, estratégia de saúde da família, associações de apoio à criança e ao adolescente.

Enfim, buscamos com que, em cada município de até 30 mil habitantes da microrregião de Assis e Ourinhos, houvesse, pelo menos, uma roda de discussão sobre “Acolhimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual” composta por um membro de cada segmento para representar a composição da rede. Nos municípios acima de 30 mil habitantes, tínhamos três rodas de discussão ou mais, conforme a rede ia se configurando no local. Para legitimar essa construção, o convite para participação dos membros locais partia do gestor municipal de saúde.

Ao mesmo tempo em que mantínhamos contatos e realizávamos reuniões com vários atores institucionais externos, também realizávamos o mesmo processo internamente com a equipe multiprofissional e participante da construção desse projeto.

### **Apoio aos profissionais da equipe do HRA: a singularidade do cuidado para o Programa Pétala**

Ainda em 2006, logo após a implantação oficial do Programa Pétala, necessitávamos de alinhar as nossas ações e realizamos, no HRA, um total de 22 encontros, os quais ocorreram num período de um ano e estavam previstos no projeto de construção de rede para cuidado integral à pessoa em situação de violência sexual. Nesses encontros, contávamos com a participação da equipe médica, de enfermagem, serviço social, psicologia, e equipe matricial para discussões dos casos em atendimento, avaliação das propostas de fluxo de

atendimento, revisão dos protocolos assistenciais, fluxos e rotinas internas de atendimentos.

Os encontros propiciaram a avaliação das repactuações de atendimento em rede com os nossos parceiros e possibilitaram perceber a necessidade de capacitação para a formação técnica dos nossos profissionais, além da troca de experiências sobre o atendimento à pessoa em situação de violência sexual.

Para a capacitação dos profissionais do HRA que atuavam no Programa Pétala, convidamos a equipe responsável pela implantação do “Protocolo de Ações Integradas em Atendimento à Vítima de Violência Sexual” do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, que realizou uma oficina.

Esse movimento culminou na elaboração do projeto de pesquisa do Programa Pétala e na preparação do material pedagógico para as capacitações, o que iremos denominar de tutorias e/ou rodas de discussão com as equipes da atenção básica dos 25 municípios para os quais o HRA é referência, e instituições que formariam a rede.

Outra proposta era que todos os profissionais do HRA tivessem conhecimento desse trabalho. Criamos grupos multidisciplinares de áreas que, de forma direta ou indireta, teriam contato com o Programa Pétala e, por conseguinte, com a própria vítima. Entretanto, para esse último, houve muita discussão com a equipe técnica de implantação do programa, pois nem todos entendiam a necessidade de socializar as formas como as vítimas deveriam ser atendidas e como manter a ética e o sigilo com o envolvimento de tantas pessoas.

Mesmo assim, entendíamos ser primordial o envolvimento das seguintes áreas: toda equipe de enfermagem da clínica obstétrica, médicos, serviço social, serviço de reabilitação, compreendendo os profissionais de psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia, a zeladoria, compreendendo todo serviço de porta de entrada e vigilância do hospital, o Same - serviço de arquivo médico, laboratório clínico do HRA e equipe de enfermagem do Pronto Socorro Municipal de Assis, o qual também era uma porta de entrada. Há de se lembrar que houve muitas resistências, pois mesmo com reuniões anteriores, algumas diretorias ainda resistiam em liberar seus profissionais para os treinamentos, receavam conforme alguns relatos de diretorias e chefias que suas equipes acumulassem serviços além dos que já realizavam. Tal argumentação, ao iniciar as capacitações, logo deixou de existir, pois tais funções já eram inerentes ao que realizavam. Portanto, não mudou

o perfil do trabalho, mas aprimorou agregando um novo olhar aos casos de violência sexual e à responsabilidade do preenchimento da ficha de notificação compulsória.

Como já relatado, cada área tinha um importante papel a desenvolver dentro do hospital para priorizar nos casos de abuso sexual, por exemplo: colocar horários de coleta de sangue e para realização de outros exames, o que significava para os profissionais que realizam exames no laboratório de análises clínicas do HRA (biólogos e técnicos de laboratório) que eles entenderiam a necessidade de realizar, nesses casos, o acolhimento de risco no laboratório. O mesmo acontecendo com os profissionais da portaria, os quais deveriam entender a importância de uma única palavra "Pétala" e a pessoa ali a sua frente, para agilizar o encaminhamento à equipe de atendimento.

Assim foi pactuado durante as capacitações que tudo que estivesse escrito ou dito "Pétala" deveria ser agilizado evitando exposição deprimente e desnecessária da vítima. E assim se constituiu até hoje essa forma de acolher com precisão sem desgastes desnecessários para ambos os lados. Com uma simples palavra, criou-se um endereço, um signo para o cuidado, buscando fugir de rótulos que poderiam surgir para designar esta ou aquela vítima, poupando-a de caracterizações e chacotas, o que é comum existir entre profissionais não incluídos no processo de acolhimento e significação desse tipo de cuidado.

Quando uma pessoa em situação de violência sexual chegava até a portaria do HRA, e informava que era para o Pétala, imediatamente a pessoa que a recebia entrava em contato com um dos membros da equipe, normalmente com o serviço social, psicologia ou enfermagem e um desses profissionais se dirigia até o local. O mesmo seguia com a vítima e acompanhante para o consultório onde eram explicados todos os passos que seriam realizados e procedimentos necessários conforme cada caso. Os casos que chegavam até o HRA eram advindos da rede básica de saúde, das polícias civil e militar, de escolas, conselhos tutelares, universidades, entre outros. As vítimas compareciam acompanhadas pelos respectivos órgãos e/ou por familiares e, até mesmo, sozinhas, no caso de maiores de idade.

O prontuário dos pacientes nos hospitais é aberto no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), antes do primeiro atendimento. No caso de paciente do Pétala, uma funcionária do SAME se dirigia até o local de atendimento para

coleta de dados para abertura do prontuário, disponibilizando-o para equipe proceder as anotações.

Os profissionais convidados para as capacitações sentiram-se fortalecidos, pois também foram acolhidos. As angústias e inseguranças com relação aos cuidados à vítima foram ouvidas e compartilhadas; as dúvidas, imediatamente esclarecidas. Apostamos que, nas capacitações dos profissionais do HRA, conseguiríamos evidenciar a singularidade que tínhamos com relação ao atendimento à vítima de violência sexual, ou seja, entender o acolhimento como resolutividade do cuidado, ética e sigilo profissional, bem como a importância do preenchimento da ficha de notificação compulsória de acidentes e violências.

Como resultado dessa etapa, obtivemos o desenvolvimento de estratégias de integração e complementaridade entre os serviços internos e externos, como a proposta de deslocamento da equipe do HRA-Pétala para cada um dos 25 municípios para rodas de discussão sobre formação de rede local/municipal de apoio integral à pessoa em situação de violência sexual. Outros resultados foram: compromisso e busca das equipes técnicas de atendimento à vítima de violência sexual e equipe de tutores, quanto aos conhecimentos necessários para o cumprimento da proposta de trabalho e objetivos do programa, e criação no HRA de um serviço especializado até então inexistente e necessário.

Essa construção nos fazia buscar cada vez mais o entendimento do processo pelo qual estávamos passando, e seria inevitável que os profissionais da rede fossem também acolhidos e instrumentalizados para essa nova demanda. O que nos levou a organizar com os demais municípios da região o lançamento do primeiro 'Módulo I' de tutorias e/ou rodas de discussão, ainda em 2006 para capacitação (rodas de conversas) da rede em cada um dos 25 municípios das regiões de Assis e Ourinhos, o que detalharei a seguir.

### **A formação das equipes de referência nos municípios e o acolhimento**

Ao buscar a construção de rede para produzir cuidado à pessoa em situação de violência sexual, procuramos fugir do olhar reducionista e possibilitar novos olhares nas relações entre profissionais e a vítima de violência sexual. E assim,

aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico das equipes de saúde e demais trabalhadores da rede, como também a ampliação das intervenções.

Portanto, entendemos que a atenção básica, responsável pelos primeiros cuidados no município, seria a responsável pela condução desse processo no território, partindo sempre do gestor e equipe local o convite para outros segmentos para as atividades que seriam desencadeadas no município para formação da rede. Tínhamos como objetivo que esses coletivos, no decorrer do processo, através dos serviços e parcerias pactuadas formalmente e informalmente, também desencadeassem esse processo de mobilização a partir do momento que se sentissem implicados e corresponsáveis na formação e manutenção dessa rede.

De acordo com Malta (et.al):

O acolhimento deve ser entendido e praticado como conteúdo, como um momento tecnológico importante que pode imprimir qualidade nos serviços de saúde. O ato de escuta é diferente de ato de bondade, é um momento de construção de transferência. O Acolhimento requer que o trabalhador utilize seu saber, para a construção de respostas às necessidades dos usuários.(MALTA et. al. – 2000, p.25)

Mas como apresentar um serviço que estava sendo criado e ter, ao mesmo tempo, a adesão e corresponsabilização dos municípios? De que forma falar sobre o tema acolhimento à vítima de violência sexual se esse conceito ainda se encontrava inexistente nas relações diárias para outras situações na unidade básica?

Não tínhamos como voltar, era preciso entender de qual acolhimento estávamos falando e como os trabalhadores da saúde e de outros segmentos da rede estavam compreendendo a nossa proposta de acolhimento. A preocupação era como fazer com que o acolhimento não ficasse restrito apenas a um modo de receber as pessoas na recepção do HRA e dos demais serviços da rede, sem uma ação que resultasse na produção de saúde, pois para tal, segundo Yasui (2006):

Recepcionar e acolher são atitudes que pressupõem esse lugar especial de escuta, possuidor de uma plasticidade para se refazer de acordo com a demanda que se apresenta, e possibilitador do encontro como ponto de partida para a construção de um projeto de cuidados, específico e singular para o mundo que cada usuário nos apresenta. Talvez possamos adaptar uma velha máxima da medicina que afirma que: “todo bom tratamento começa com um bom diagnóstico”, para, “todo bom projeto de cuidado começa com um bom acolhimento e uma boa recepção”, pois é deste

momento inaugural que se principia a relação/vínculo entre a equipe cuidadora e o usuário.(Yasui 2006, p.132)

A corresponsabilização e o estabelecimento de vínculos solidários entre os atores da rede eram relevantes para o acolhimento à pessoa em situação de violência sexual. Pois tal exercício compreendia o conhecimento mínimo das práticas envolvidas no processo de trabalho de cada instituição, sendo possível assim dialogar e avançar com o cuidado à vítima de violência sexual.

Outra preocupação era não produzir uma rede fria de encaminhamento, referências e contrarreferências, mas sim uma rede preocupada em valorizar a vida e o respeito à subjetividade das pessoas vítimas de violência sexual. Essas pessoas precisavam de ser acolhidas, recebidas nos serviços, ouvidas e cuidadas em todos os pontos da rede.

O acolhimento que buscávamos centrava-se na forma com que os serviços estavam organizados e como os saberes estavam sendo utilizados na rotina diária das unidades básicas de saúde e dos outros parceiros. Pois, para Malta (et. al):

"O Acolhimento enquanto instrumento de mudança do processo de trabalho, o projeto deve servir também para se repensar e reestruturar a organização do trabalho em saúde. O que temos hoje são estruturas parceladas, fragmentadas dos saberes, segundo as diversas corporações, onde os conhecimentos são especializados e fracionados" (Malta, Ferreira, Reis e Merhy, 2000, p.33).

Existia a preocupação quanto à fragmentação das ações, não somente na própria unidade de saúde como também junto aos serviços que seriam as portas de entrada, como já mencionado anteriormente: a polícia civil, a polícia militar, conselho tutelar, educação, e outros conforme a peculiaridade de cada município.

Essa realidade também foi por nós percebida. Os serviços de saúde estavam organizados de um modo fragmentado e buscávamos formas de levar essa proposta para os demais serviços sem que se descaracterizasse o acolhimento em rede intersetorial. Tínhamos a preocupação de que, mesmo em rede, essa realidade dos processos de trabalho fragmentados ainda perdurasse.

Porém, uma preocupação permeava as nossas reflexões, quanto ao diagnóstico precoce das vítimas de violência sexual nas unidades básicas. Pois os casos de violência sexual poderiam chegar aos serviços de saúde por outros motivos e somente conhecendo a problemática da violência sexual, e como lidar

com situações em que se percebe vulnerabilidade e risco, que os profissionais se sentiriam seguros para esse enfrentamento. Somente com a criação de vínculos e conhecimentos técnicos que essas pessoas poderiam ser cuidadas. Outra possibilidade para cuidar da vítima era ter as 'portas abertas' para recebê-la, acolhê-la e escutá-la.

Porém, precisávamos buscar mecanismos que pudessem dar conta dessa dificuldade. Se não em sua totalidade, mas que despertasse nos profissionais da rede a importância desse cuidado, levando-se em conta o perfil que cada serviço apresentava.

A forma que encontramos foi alavancar um processo de formação das equipes multidisciplinares e intersetoriais nos municípios, e assim pudemos iniciar os encontros locais de apoio e capacitações. As equipes eram compostas por profissionais da Atenção Básica (Gestores, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais e Médicos), profissionais da Polícia Civil, Polícia Militar, Conselho Tutelar, entre outros, que detalharei no próximo item, o qual abordará os encontros pedagógicos e matriciais nos municípios das regiões de Assis e Ourinhos. O item a seguir mostrará como os encontros foram organizados, na tentativa de assegurar que o acolhimento fosse significativo aos participantes com o olhar da integralidade do cuidado em rede.

### **O apoio matricial e equipe de referência como dispositivos para construção da rede intersetorial**

O Programa Pétala, em seu projeto original, previa a formação de equipes de referência em cada município, o que foi possível realizar através da ferramenta de matriciamento e, para tanto, a equipe do Hospital Regional de Assis se instrumentalizou em conteúdos técnicos voltados à formação de rede e metodologias ativas para desencadear o processo de matriciamento em cada município.

Na ocasião, era de suma importância que tivéssemos claro o nosso papel para a implantação de um serviço referenciado regional que desempenharia o apoio

matricial para outros serviços de saúde na busca da integralidade da atenção à pessoa em situação de violência sexual.

Trago um importante conceito de apoio matricial para melhor elucidar a proposta que estávamos realizando:

(...)O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.(CUNHA e CAMPOS,2011.p.964)

Dessa forma, buscávamos dispositivos para mobilizar as equipes de saúde e demais parceiros, proporcionando um movimento para alteração de valores arraigados e tabus pré-concebidos com relação ao cuidado nesse tipo de violência, ou seja, esforços para mudanças de estruturas organizacionais antiquadas frente a essa nova demanda que estava por vir.

Como bem expressa Campos ao conceituar 'dispositivo que': consiste em "uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo Radical".(BAREMBLITT apud CAMPOS 1999 p.394)

Era exatamente o que buscávamos e entendíamos: o matriciamento como dispositivo a ser realizado dentro da atenção básica. Desejávamos que perdurasse e que fosse forte o bastante para que não voltassem à mesmice. Com modificações pontuais, conforme a necessidade do Programa Pétala, alimentávamos a esperança de que, após os encontros municipais com as capacitações, esse processo continuasse, e que as estruturas engessadas como normas e regras rígidas fossem melhor avaliadas, e que não fosse algo momentâneo em resposta a uma proposta, pois, como salienta Campos (1999), "realizam-se grupos de integração com técnicas modernas e em seguida retorna-se a um estilo gerencial que limita e constrange a comunicação cotidiana".

Essa situação citada por Campos (1999) era vivenciada não somente nas unidades de saúde, como também no próprio HRA. Havia, por ocasião dos treinamentos internos, uma participação efetiva, dialogada e com pactuações claras. Mas, ao encerrar, a ordem administrativa e a antiga organização do processo de

trabalho continuavam reproduzindo a mesma lógica médico-centrada e não aquela discutida durante as reuniões que invocavam esse processo de mudança.

Ainda assim, era possível entender que um Programa tão novo e ousado era passível de produções antagônicas daquilo que esperávamos encontrar e acreditávamos ser o melhor. Não podíamos apenas ditar as normas, tínhamos que construir esse processo de trabalho em conjunto no dia-a-dia com a equipe matricial e, ao mesmo tempo, trabalhando na construção de uma equipe de referência regional.

De acordo com a Política Nacional de Humanização:

"a equipe de referência contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (BRASIL, 2004).

Era necessário nos fortalecer e ter claro o nosso papel, pois, como já descrito, tais movimentos contrários faziam parte do processo grupal.

É importante salientar que contávamos com uma equipe de 17 profissionais, entre médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, distribuídos em plantões, uma vez que o cuidado oferecido à pessoa em situação de violência sexual ocorria na clínica obstétrica durante 24 horas. Todos os profissionais foram capacitados para o acolhimento e cuidados, vínculo terapêutico e na integralidade do cuidado.

Em 2006 a PNH já existia e neste trabalho nomeiei como 'Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial' as equipes que, na ocasião, denominávamos de: 'equipe assistencial' e 'equipe de apoio aos profissionais da rede', cujas características eram as mesmas da PNH', o que qualificou e referendou o que já fazíamos na ocasião, pois buscávamos criar "novas formas de organização, novos arranjos organizacionais, capazes de produzir outra cultura e de lidar com a singularidade dos sujeitos". (BRASIL 2004).

A equipe matricial e também de referência eram compostas por uma assistente social, uma psicóloga, duas enfermeiras, um advogado, dois profissionais da educação permanente, dois docentes de enfermagem da Famema, duas estagiárias da Unesp e uma coordenadora.

Contudo, após vários encontros e desencontros, mais encontros salutareos e de bons resultados, tínhamos que iniciar os trabalhos nos municípios, pois a equipe de apoio matricial foi instrumentalizada, no que se refere à operacionalização das capacitações nos municípios, cuja técnica escolhida passaremos a discorrer. Contávamos com o apoio institucional da Famema - Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília - que nos subsidiou no aprendizado da metodologia ativa - Aprendizagem Baseada em Problemas.

### **Projeto pedagógico para formação da rede de atenção integral à vítima de violência sexual**

Em setembro de 2006, logo após a fundação do Programa, a equipe de Apoio Matricial do Programa Pétala inicia os preparativos pedagógicos para construir, em parceria com os outros serviços da rede, a grade programática para discussão sobre o tema nos 25 municípios para os quais o HRA era referência, com a finalidade de construir uma rede integrada de serviço voltado ao fortalecimento do enfrentamento da violência sexual, de maneira que a vítima fosse acolhida e atendida com integralidade.

Os nossos objetivos eram:

- Sensibilizar os profissionais das diversas áreas sobre a importância da formação e manutenção da rede integrada de atendimento à pessoa em situação de violência sexual;
- Estreitar os vínculos entre profissionais, no sentido de cada um divulgar o seu papel e valorizar a parte que cabe ao outro;
- Conhecer o potencial de cada município, bem como dos serviços vinculados;
- Conscientizar as pessoas sobre a importância de seu papel na integração dessa rede;
- Estimular nas pessoas a busca ativa, contínua e permanente do conhecimento relacionado com a violência sexual;
- Revelar o que o Hospital Regional de Assis e seus parceiros poderiam contribuir para que o atendimento da vítima de violência sexual seja acolhedor e eficiente.

O Projeto Pedagógico para Formação da Rede de Atenção Integral à Pessoa em situação de Violência Sexual foi dividido em:

- Fase preparatória da equipe de apoio matricial - Capacitação da Equipe Matricial na metodologia ativa - PBL - Problem Based Learning ou em ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas;
- 1ª Fase - Preparatória e Organizadora;
- 2ª Fase - Encontro nos municípios para formação/manutenção da Rede Integrada de Atenção à pessoa em situação de violência sexual;
- 3ª Fase - Educação Permanente,
- 4ª Fase - Montagem de um Portfólio,
- 5ª Fase - Reuniões de monitoramento e Fórum Anual.

Para esta narrativa, seguiremos a ordem com que os fatos se desencadearam e, ao mesmo tempo, realizaremos conceituações importantes que venham a dar significado ao processo realizado.

Iniciaremos narrando como a equipe de apoio matricial do Programa Pétala foi capacitada e qual metodologia foi utilizada para que os objetivos mencionados fossem alcançados.

Salientamos que, uma vez sendo financiado pelo Ministério da Saúde, ele sugeria tais treinamentos, os quais poderiam ser realizados tomando-se por base material produzido pelo Ministério da Saúde ("Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes"), pois o recurso financeiro era para essa finalidade, bem como pagamento de profissionais não vinculados ao serviço público, pagamentos de refeições para participantes de curso, palestrantes convidados, material didático e manuais.

Com o apoio da Famema - Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília, foi possível contar com dois docentes, especialistas em metodologias ativas que nos capacitaram em ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas<sup>20</sup>. A motivação para

---

<sup>20</sup> A ABP é um método de ensino-aprendizagem assentado numa aprendizagem baseada em problemas. O ensino-aprendizagem na ABP focaliza conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. A aprendizagem é centrada no estudante, no aprender a aprender, na integração dos conteúdos das ciências, básicas e clínicas, além dos conhecimentos interdisciplinares.(MORAES,M.A.A; MANZINI,E.J; 2006).

escolha desse tipo de metodologia ancorou-se na busca de trabalho intersetorial e multidisciplinar para o que necessitávamos de um modelo metodológico que desse conta da diversidade de saberes e que fugisse dos tradicionais cursos onde o professor é o detentor do saber.

Outro motivo que nos levou à escolha dessa metodologia foi a necessidade de romper com os modelos pedagógicos fragmentados, pois ela permitia agregar, nos municípios, todos os atores da rede, em sua diversidade profissional.

Diferente da Matriz Pedagógica do Ministério da Saúde, que previa encontros por categorias profissionais, ou seja, de médicos, enfermeiros, juizes, promotores, delegados e demais classes profissionais, o que fragmentava o trabalho da rede, não possibilitando uma interação dialógica com seus pares.

Porém é importante salientar que a referida matriz era composta por conteúdos programáticos que subsidiaram e nortearam as discussões locais e vinham ao encontro do que esperávamos, pois ela trazia como objetivo:

Promover articulação intra e intersetorial para a formação de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual no âmbito dos governos estaduais e municipais, com a participação de organizações não - governamentais e das redes de proteção de direitos de crianças e adolescentes, compreendendo as suas especificidades e incluindo grupos populacionais discriminados por questões de gênero, raça, etnia e idade, a exemplo de remanescentes de quilombos, indígenas e profissionais do sexo<sup>21</sup>(BRASIL,2006).

Embora com um conteúdo programático importante, essa forma de realização do curso, através de módulos para cada segmento, nos incomodava muito, pois tínhamos a concepção de que os grupos locais deveriam ser formados por multiprofissionais, para que então pudéssemos fomentar a construção da rede nos municípios já com a participação de atores importantes, e com a aposta de que dariam seguimento para formação da rede, pois essa seria a equipe de referência de cada município. E assim o fizemos, mudamos o formato proposto pelo Ministério da Saúde e partimos para uma concepção construtivista apoiada na metodologia ativa, mais especificamente a Aprendizagem baseada em problemas.

---

<sup>21</sup> BRASIL/MS - Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes-2006

## Os encontros pedagógicos nos municípios e a intersectorialidade

Para formalizar esse processo de visitas pedagógicas aos municípios, em setembro de 2006, na então extinta CIR - Colegiado de Intergestores Regionais da DIR VIII, a qual atualmente é o CGR - Colegiado de Gestão Regional de Assis da Microrregião de Saúde da DRS IX e Colegiado de Gestão Regional de Ourinhos da Microrregião de Saúde da DRS IX, levamos ao conhecimento dos gestores dos 25 municípios esta proposta de trabalho, a qual foi muito bem aceita e as portas foram abertas para início dos trabalhos nos municípios pela equipe matricial do HRA - Programa Pétala.

Pactuamos as corresponsabilidades no Programa com a Direção Regional de Saúde - DIR VIII (atual DRS-9 Marília), os Secretários de Saúde dos municípios de abrangência da DIR-VIII, Delegados representantes dos Municípios, Conselho Tutelar, IML, Secretário Municipal da Educação, Assistência Social. Cada município seria contemplado com um treinamento no modelo tutorial por meio da técnica de estudo baseado em problema com duração de 2 dias, quando seria apresentado o panorama estadual e nacional da violência sexual, marcos conceituais, dados epidemiológicos, legislações inerentes, aspectos burocráticos da notificação compulsória e assim, seria possível a divulgação do protocolo de atendimento à vítima de violência.

Descreveremos a seguir em que se constituía cada fase desse processo para melhor elucidação desta proposta pedagógica:

A **primeira fase**, chamada de 'Preparatória e Organizadora', consistia em realizar reuniões com os vários atores desse processo, sendo eles: Direção Regional de Saúde - DIR VIII, os Secretários de Saúde dos municípios de abrangência da DIR-VIII - neste caso com os gestores dos municípios da microrregião de saúde de Assis, sendo Assis, Borá, Cândido Mota, Cruzália, Florínea, Ibirarema, Lutécia, Maracaí, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina e Tarumã. Na microrregião de saúde de Ourinhos, tínhamos, para realizar as tutorias e/ ou rodas de discussão, os seguintes municípios: Bernardino do Campo, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipaussu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo e Timburi.

Para iniciar as capacitações do '**Módulo I - Encontros para Formação e Manutenção da Rede Integrada de Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual**', enviamos para cada um dos atores responsáveis por um segmento um comunicado da direção do HRA e da equipe do Programa Pétala informando o início dos encontros e o número de profissionais que poderiam enviar, ficando restrito no máximo de 15 pessoas nos municípios até 30 mil habitantes e a realização de dois ou mais encontros em municípios com mais de 30 mil habitantes, com grupos formados pelos mesmos segmentos, mas com atores diferentes, foi o que ocorreu com os municípios de Assis, Paraguaçu Paulista, Cândido Mota, Palmital, Ourinhos e Santa Cruz do Rio Pardo.

Nesta 1ª fase, pactuamos as corresponsabilidades para realização dos encontros municipais, entre elas local para realização dos encontros pedagógicos, sendo 1 sala com capacidade para 15 pessoas, acesso à internet, 4 computadores, café e água, compromisso dos gestores para o convite dos profissionais envolvidos em cada município (importância de representação dos vários segmentos).

Porém, todo material didático-pedagógico ficou sob a responsabilidade do Programa Pétala.

Para legitimar essa ação no contexto dos municípios, foram enviados cartas-ofícios para cada gestor municipal de saúde ressaltando a corresponsabilização pactuada na antiga CIR (atual CGR) e, ao mesmo tempo, solicitando a ele a realização de convites aos demais serviços para que os profissionais participassem dos encontros, sendo este composto no mínimo por: 02 profissionais da Polícia Civil, 02 da Polícia Militar, 01 da Mídia, 01 Polícia Técnica no caso das cidades sede de Assis e Ourinhos, Conselho Tutelar 01, Assistência Social 01 (Assistente Social), Conselho Municipal de Saúde 01, Secretaria Municipal de Saúde 05, sendo preferencialmente Enfermeiro, Médico, Assistente Social, Psicólogo e, nos municípios com hospitais e Pronto-Socorro, incluíamos 01 representante do hospital e 01 do pronto-socorro e na Secretaria de Educação 01, podendo ser o Dirigente da escola, o coordenador pedagógico ou o professor indicado. É importante salientar que, embora houvesse a indicação da classe profissional a participar dos encontros, ela foi apenas sugerida, levando dessa forma o caráter intersetorial, porém cada município ficou livre para agregar outros componentes que julgasse importantes na composição da rede.

A **2ª fase** previa os encontros para formação e manutenção da Rede Integrada de Atenção à Vítima de Violência sexual. Cada município seria contemplado com um tutor e um co-tutor, entretanto o município que tivesse maior necessidade, seja por tamanho ou demanda, foi beneficiado com mais participantes.

Os Gestores Municipais de Saúde eram informados previamente por contato telefônico e por Ofício quanto à data para visita da equipe de Apoio Matricial do HRA, pois assim poderia, em tempo hábil, se organizar para que as atividades previstas e o formato intersetorial do grupo fosse composto.

Os encontros nos municípios, pela dinâmica que havíamos definido, deveriam ocorrer em um dia e meio, ou seja, em 15 horas e formatou-se da seguinte forma:

No 1º dia, no período da manhã - Apresentação dos componentes do grupo, apresentação dos objetivos e dinâmica metodológica, bem como a identificação das expectativas do grupo. No mesmo período, realizávamos relato oral com o intuito de sensibilizar os profissionais da rede, em que abordávamos o panorama da violência, marcos conceituais, dados epidemiológicos, legislações inerentes.

Em seguida, apresentávamos uma situação-problema, previamente estruturada, pois o caso apresentado tratava-se de um caso real, com nomes e endereços fictícios, preservando assim a identidade da vítima. Realizávamos o esclarecimentos de dúvidas e definição dos pontos relevantes para estudo.

No mesmo dia, no período da tarde, era realizado o estudo individual e/ou grupal da situação-problema 'A história de Maria' (Anexo 6), momento este de extrema riqueza, cujas discussões sempre os levavam a relatar casos ocorridos no município. É interessante destacar que, logo no início do encontro, fazíamos uma pergunta - 'Aqui no município tem casos de violência sexual?' Os olhares neste momento eram direcionados uns para os outros, como uma pergunta: temos? Claro que havia casos, mas as respostas eram: 'eu ouvi falar (...)', 'eu fiquei sabendo, mas não foi no posto de saúde (...)', ou 'tivemos um caso na escola... desconfiei por acaso(...)', porém poucas ações eram realizadas, quando não o grupo se calava e dizia: 'aqui acho que nunca aconteceu esse tipo de coisa (...)'.  
'

Mas ao término do encontro, essas falas eram diferentes, os casos existiam sim e eram discutidos no grupo e nem todos sabiam o que estava ocorrendo. O caso da escola era da escola, o do conselho tutelar era do conselho, da saúde era da saúde, da polícia era da polícia, da Assistente social era da Assistente Social...

enfim cada um no seu espaço sem dividir os saberes, o que era muito ruim, pois se percebia, em alguns encontros, a micropolítica do poder.

No período da tarde, realizávamos a tempestade de ideias geradas pela situação-problema e utilizávamos os recursos de aprendizagem disponíveis, pois levávamos textos impressos para pesquisa, um CD com vários textos, artigos, livros, legislações e pesquisa na internet, a partir do que era elaborado a questão de aprendizagem pelo grupo. Para finalizar esse dia, realizávamos uma avaliação intermediária, pois ainda tínhamos mais um encontro.

No 2º dia, no período da manhã, retomávamos através de um breve resumo por parte de um dos participantes, discutíamos um pouco mais e seguíamos para elaboração da síntese do grupo, ou seja, a resposta que cada grupo encontrou para responder a questão de aprendizagem realizada pelos próprios integrantes.

Ainda nesse mesmo dia, também discutíamos os aspectos burocráticos da notificação compulsória e deixamos para dispersão a elaboração de um diagnóstico situacional intersetorial (anexo 7).

A **3ª fase** consistia na Educação Permanente dos profissionais da equipe de matriciamento. Depois de cada dupla de tutores realizarem, no município, a ABP, eles se reuniam com a finalidade de discutir as impressões, analisar os pontos positivos e negativos e replanejar as estratégias de ação.

Após esse momento de reflexão sobre a prática exercida nas tutorias e/ ou rodas de discussão realizadas nos municípios, vinha a **4ª fase** do projeto de tutorias. Entendíamos que todo projeto tem as suas singularidades e uma dupla de tutores, embora houvesse um objetivo comum. Sabíamos que a subjetividade também estaria fortemente presente, até se pensando na forma com que cada tutor poderia viabilizar esse processo também de acordo com as suas crenças e o aprendizado adquirido durante essa construção, portanto tínhamos de buscar um meio para documentá-las.

Escolhemos como instrumento de documentação o "portfólio", onde toda experiência foi registrada utilizando-se dados de cada encontro como data, horário, local, ofício-convide para cada gestor municipal e reflexões dos tutores. Também foram utilizados materiais ilustrativos como fotos dos encontros e reportagens de jornal.

Toda experiência foi registrada conforme a necessidade de cada tutor, de forma que, no final, pudéssemos ter um material que revelasse a trajetória da

construção da rede em si. A sugestão era que cada município tivesse o seu portfólio, o que foi realizado. Também tínhamos como proposta que cada grupo municipal, dependendo do interesse, montasse a sua trajetória, que também fosse registrado em portfólio, porém não em caráter obrigatório, mas como estímulo às novas metodologias.

A **5ª fase** era o Fórum Anual, que ocorreu em 2007, não esquecendo que, em 2006, foi a mobilização para que tais fases pudessem existir. Contou com aproximadamente 500 participantes. Já em 2007, procedeu-se o fórum de encerramento do 'módulo I' com o objetivo de mobilizar nas pessoas a percepção da necessidade de se realizar discussões ou mesmo a continuidade desses encontros para troca de experiências.

É importante ressaltar que esse projeto de tutorias nos municípios para formação e sustentação da rede intersetorial seguiu nos anos de 2006, 2007 e 2008 nos 25 municípios para os quais o HRA é referência, com realização do fórum anual no encerramento com a participação de todos.

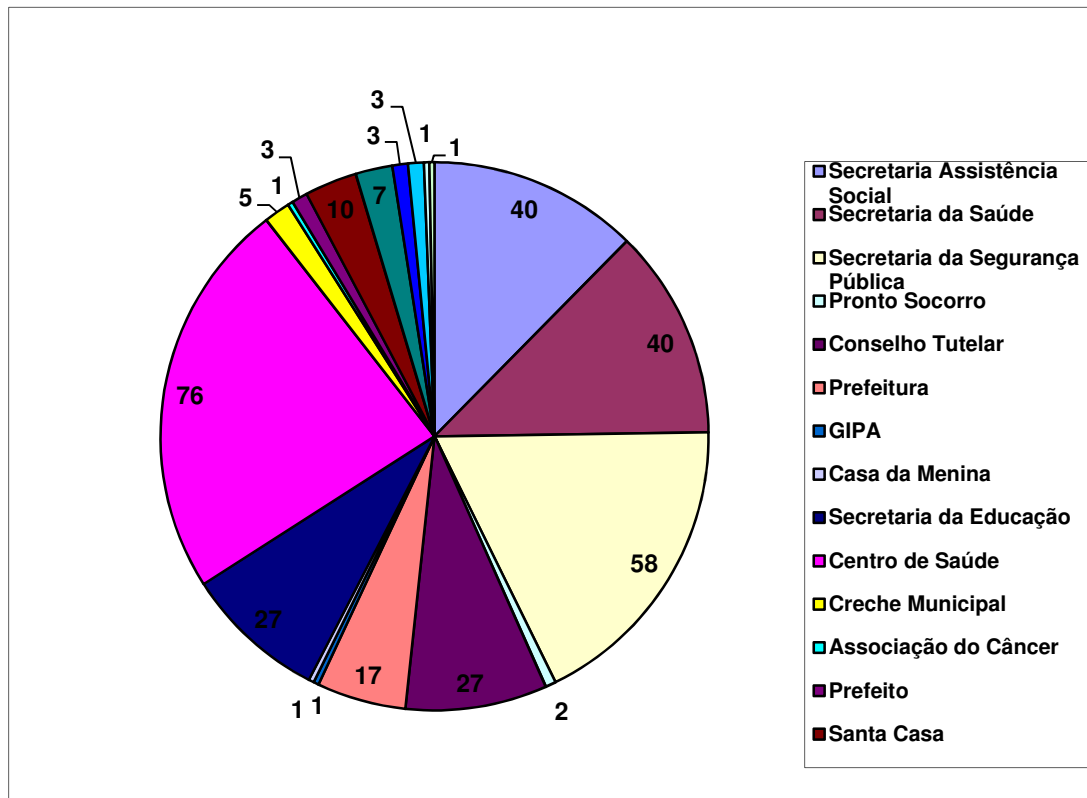
No ano de 2006, as tutorias e/ou rodas de discussão foram realizadas nos municípios abaixo com equipes intersetoriais:

**Quadro 1 – Municípios e número de equipes intersetoriais participantes das rodas de discussão locais**

<b>Cidades</b>	<b>Nº Equipes</b>	<b>Cidades</b>	<b>Nº Equipes</b>
Assis	3	Bernardino de Campos	1
Cândido Mota	1	Canitar	1
Florínia	1	Chavantes	1
Ibirarema	1	Esp. Santo do Turvo	1
Lutécia	1	Ipaussu	1
Maracaí	2	Óleo	1
Palmital	1	Ourinhos	1
Paraguaçu Paulista	2	Ribeirão do Sul	1
Pedrinhas Paulista	1	Salto Grande	1
Platina	1	Santa Cruz do Rio Pardo	2
Tarumã	1	São Pedro do Turvo	1
Total	15	Timburi	13

Nessa fase, houve um total de 28 rodas de discussão e contamos com a participação das seguintes instituições localizadas nos municípios já citados:

**Gráfico 1 – Instituições participantes das rodas de discussão/tutorias nos 25 municípios**



Fonte: Portfólio da Equipe de Apoio Matricial Rede Pétala- I Módulo

Nesse módulo, houve a participação de 323 profissionais capacitados pela equipe de apoio matricial no período de 17 de outubro de 2006 a 28 de novembro de 2006.

É importante salientar que, durante as visitas aos municípios para realização do I módulo, concomitantemente, aplicou-se pesquisa com o título de “Relato de Experiência nos Municípios de abrangência do Hospital Regional de Assis sobre a divulgação do funcionamento do Programa Pétala e a percepção dos participantes sobre a violência sexual.

Para realização dessa pesquisa científica, foi elaborado projeto aprovado pelo Comitê de Ética Científica, em funcionamento na época no Hospital Regional de Assis, protocolado sob o nº 32/2006 .

Levando em consideração os pontos positivos levantados pelas equipes nos municípios e pelos tutores do HRA quanto às visitas aos municípios para apoio da

construção da rede municipal de atenção à pessoa em situação de violência sexual, em 2007/2008, implementamos essa ação com o Módulo II - 'Fortalezas e fragilidades para construção da rede', quando trabalhamos o 'Caso Francileide' (anexo 8).

Nesse módulo, houve a participação dos 25 municípios da regiões de Assis e Ourinhos, com a participação de 278 profissionais da rede intersetorial.

No período de 2006 a 2008, foi possível envolver 601 profissionais dos vários segmentos representados para compor a rede e 210 profissionais do HRA capacitados para o cuidado à pessoa em situação de violência sexual.

### **TEMPO 3 – Meu olhar para a construção da rede – Programa Pétala**

Ao olhar o tempo passado, durante a construção da Rede Pétala, fica a certeza da minha contribuição pessoal e profissional, assim como de todos aqueles que apoiaram e acreditaram na concretização dessa tão intrincada rede cuidado à pessoa em situação de violência sexual.

Que força tão grande é essa que é capaz de mover engrenagens institucionalizadas gastas pelo tempo e que se renovam frente a desafios como o Programa Pétala? É a força do desejo, do acreditar que seria possível mudar, ou melhor, levar um novo 'olhar' às situações que se encontravam encobertas e não visíveis do ponto de vista do cuidado em rede.

Por acreditar nessa possibilidade, é que através de movimentos não estruturados foi possível sedimentar a ideia da construção da rede para o cuidado à pessoa em situação de violência sexual.

Há de se considerar nessa construção não somente a sua linha histórica, como também as situações que nem sempre eram favoráveis e dependiam de esforços coletivos para que as ações acontecessem mesmo com as dificuldades que enfrentávamos a cada dia. Exemplo disso é que, mesmo depois de pactuado o atendimento do médico legista nas dependências do Hospital Regional de Assis, evitando o contato direto nas delegacias e IML- Instituto Médico Legal de Assis e Ourinhos, tal procedimento não ocorria. Tínhamos, em muitas ocasiões, de solicitar o apoio da polícia civil para que o atendimento ocorresse conforme pactuado, uma

vez que a vítima procurou o hospital no primeiro momento. Essas pessoas, na maioria das vezes, eram crianças encaminhadas pelas escolas, unidades básicas de saúde e conselhos tutelares da região. No caso de Assis e região, a pactuação entre esses órgãos ficou firmada levando-se em consideração a humanização do cuidado, ou seja, evitar ao máximo encaminhamentos desnecessários.

Mediante essa proposta, tanto a polícia civil quanto o IML deslocariam seus profissionais até o HRA. No caso da polícia civil, ficou centralizado na Delegacia de Defesa da Mulher o atendimento para o Programa Pétala. No entanto, não havia uma uniformidade de condutas dos profissionais, diferindo em cada plantão dessas instituições, trazendo um grande desgaste para a equipe do HRA, sendo pauta de muitas reuniões com os profissionais e dos serviços envolvidos na tentativa de que as coisas acontecessem conforme pactuado.

Como resultado dessas reuniões, nos deparávamos com um forte problema, o qual já prevíamos, que seria quanto à forma como cada instituição acolhia os casos, sejam os oriundos do HRA, sejam os que as demais instituições nos encaminhavam, como as delegacias de polícia e polícia militar, conselho tutelar, educação, promoção social, entre outros.

Articular ações em rede é um desafio e frente à situação que estávamos vivenciando com o serviço de perícias médicas das regiões de Assis e Ourinhos, torna-se mais desafiador ainda e, para superar, implantamos estratégias que pudessem somar esforços e não dividi-los e que sensibilizassem esses profissionais a comparecer ao HRA, evitando a revitimização e depoimentos desnecessários e constrangedores.

Após o encerramento do Módulo II de capacitação denominado 'Fortalezas e fragilidades para construção da rede', trabalhado no período de 2007/2008, realizou-se o encontro intersetorial com o mesmo título em 20 de novembro 2008 com a participação das instituições e profissionais do Programa Pétala. Na programação do encontro, incluímos convidados e palestrantes dos serviços prestados pelos médicos-legistas do Pérola Byington e o diretor da Superintendência do Instituto de Medicina Legal do Estado de São Paulo, quando então relatamos as dificuldades com relação à presença do médico-legista no hospital e obteve-se a informação de que poderiam atuar somente com o espírito colaborativo, pois não possuíam respaldo legal.

Nesse evento, houve a participação de aproximadamente 350 profissionais da rede e a presença de todos os médicos-legistas da região.

Entendemos que as ações dos próprios serviços participantes da rede são engessadas por questões legais, o que levou a um debate sobre a importância do comparecimento dos médicos legistas e profissionais da delegacia de polícia da nossa região aos serviços de atendimento à pessoa em situação de violência sexual no estado de São Paulo. Coincidência ou não, após um ano aproximadamente, é promulgada a Lei nº 13.813, de 13 de novembro de 2009 (anexo 9) que institui, no âmbito do estado de São Paulo, o procedimento de atendimento especial às mulheres e crianças vítimas de violência sexual em hospitais ou unidade de pronto-atendimento da rede pública e privada conveniada ao Sistema Único de Saúde - SUS. Ficava assegurado às vítimas de violência sexual o direito de realizar os exames médicos periciais com especialistas do Instituto Médico Legal – IML - no estabelecimento hospitalar de atendimento, bem como o direito de elaborar Boletim de Ocorrência noticiando a violência sofrida.

A construção da Rede Pétala possibilitou inúmeros aprendizados, inclusive a busca pelo entendimento do processos de trabalho de outras instituições, entender as limitações institucionais e o que cada uma poderia oferecer e com quais “potências instituintes do trabalho em saúde” ou não estávamos lidando para estabelecer as conexões para o trabalho em rede capazes de operar mudanças no exercício cotidiano do cuidado em saúde.(FRANCO et. al. 2009, p.15)

Para que eu possa analisar esse processo de construção de rede da forma como foi constituído, partirei da proposta de Franco (2006), o qual sugere diferenciar didaticamente três níveis de organização das redes, sabendo-se que, no plano real, elas se confundem. A primeira reflexão é sobre a força das redes na micropolítica dos processos de trabalho, o que foi possível perceber na construção da Rede do Programa Pétala. Força essa, algumas vezes, contrária à proposta de trabalho em rede e, como resultado, havia a exposição das fragilidades. Em outros momentos, a força movimento se mostrava em sua potencialidade, fazendo que o processo de trabalho fosse questionado, e novas possibilidades surgiam para sustentar os novos modos de produção de cuidado à pessoa em situação de violência sexual.

A segunda questão colocada é quanto ao caráter rizomático<sup>22</sup> das redes, porém cada caso sendo tratado em sua singularidade, sendo uma questão emblemática para a Rede do Programa Pétala. Os casos acolhidos no HRA, permeados de sofrimento e dor não permitiam serializar o atendimento. Cada situação nos colocava novas necessidades nos direcionando para a busca de ‘novos fluxos’, possibilitando significar a Rede Pétala e suas conexões, nos levando a novas construções.

A terceira questão discutida por Franco (2006) refere-se ao “caráter autoanalítico e autogestionário presente na rede”. Penso que, nos dias atuais, a Rede constituída do Programa Pétala encontra-se num processo de autogestão, sem, portanto, tirar do foco a singularidade e subjetividade presentes nos atores da rede. Ao iniciar essa construção, era inerente a incapacidade de autogerir-se, os trabalhadores se encontravam num processo de conhecer as múltiplas facetas de uma rede e como se organizar mediante ela. Porém, o caráter autoanalítico se fazia presente entre os trabalhadores em que também me incluo, com relação ao modo de ver o Programa Pétala e o papel profissional frente à construção da rede, pautada nas discussões para a organização do processo de trabalho.

Para concluir esta parte, gostaria de realizar algumas reflexões sobre a contribuição do Programa Pétala na construção e organização de um banco de dados para as regiões de Assis e Ourinhos. Pois, mesmo com as legislações existentes a partir de 2000 e 2004 no estado de São Paulo, com relação aos maus-tratos contra crianças e adolescentes e violência contra a mulher para notificação nos serviços de saúde, esses dados eram considerados silenciosos em nossa região.

Ao buscar essas informações no GVE-13, responsável pelas microrregiões de saúde de Assis e Ourinhos, os dados não se encontram disponíveis. Concluímos a inexistência da notificação ou a informação recebida quanto ao não acesso pelo GVE-13 ao antigo sistema.

Nesse sentido, o Programa Pétala trouxe uma grande contribuição, pois possibilitou que a ocorrência desses casos tivesse visibilidade, sendo utilizado o sistema de informação VIVA implantado em 2006 no estado de São Paulo, mesmo

---

<sup>22</sup> Deleuze e Gattari(...) Os autores utilizam dessa figura da botânica. (...) Nessa perspectiva, a produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. Ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam-linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade(...) (FRANCO, T.B.; in Pinheiro, R. & Matos, R.A 2006).

ano do início das atividades da Rede Pétala. Porém, acredito que a existência dos dados foi fortalecida ao oferecer aos trabalhadores da saúde e de outros segmentos as condições estruturais relacionadas ao ato de notificar, através de capacitações e apoio em serviço para realização dela. Outro ponto importante foi ter as portas abertas do sistema de saúde e de outras instituições para esse tipo de atendimento.

Ao verificar o perfil das vítimas da região no período de 2005 a 2012, ele se concentra em crianças e adolescentes na faixa etária de 05 a 10 anos, significando 31% dos casos e 25% na faixa etária de 10 a 15 anos, atendidos no HRA. A distribuição conforme o sexo é relevante. No sexo feminino é 82% e, no masculino, 18%.

Observando os dados anteriores, constatamos que eles se alinham com os do estado de São Paulo e do Brasil, o mesmo acontecendo com perfil do agressor das vítimas atendidas no HRA, sendo 71% conhecidos da vítima e familiares ou membros da família e 26,4% desconhecidos.

Conseguimos criar os meios para acolher e cuidar das pessoas em situação de violência sexual, além de mapear e traçar os perfis de cada caso, porém sabemos que nem todos chegaram ou chegarão aos serviços de saúde, por inúmeros fatores que demandariam outra pesquisa. Mas ainda fica a pergunta: os que chegam até os serviços de saúde e aos demais segmentos da rede estão sendo acolhidos conforme a proposta inicial do Programa Pétala?

Portanto, a concretude da Rede do Programa Pétala se teceu e continua sendo tecida no cotidiano dos serviços e profissionais que se dedicaram e acreditaram nessa aposta e ainda se colocam prontos para continuidade dessa rede intersetorial.

A possibilidade de poder mudar a história de vida de pessoas que são sexualmente abusadas foi a mola propulsora para buscar os caminhos até aqui percorridos. Caminhos compartilhados até os dias atuais com os profissionais que atuam no Programa Pétala com a responsabilidade de transformar vidas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Meu objetivo, ao iniciar esta pesquisa, era documentar e levar cientificidade ao Programa Pétala. Ao narrar minha experiência, procurei dar sentido à existência dele e à necessidade da sua implantação.

Desta forma, busquei realizar um diálogo entre as questões teóricas e o cotidiano que permeavam as ações desse programa, mas também realizar uma crítica sobre a nossa atuação profissional, a qual entendo ser norteadada pelo próprio aprendizado que este trabalho me proporcionou.

Esta dissertação foi dividida em quatro momentos. No primeiro momento, relato sobre a minha caminhada profissional no HRA e a interface da humanização com o Programa Pétala, o qual, no texto, também o denomino Rede Pétala por caracterizar-se numa rede de cuidado e acolhimento à pessoa em situação de violência sexual. Após, busco conceituar a pessoa em situação de violência sexual e apresento dados epidemiológicos sobre os agressores, sendo, em sua maioria, pessoas próximas à vítima. Ainda nesta mesma linha, busco localizar a violência sexual frente às políticas públicas para seu enfrentamento. E no mesmo bloco, delimito a minha pesquisa e discuto a importância da intersetorialidade para concretude da atenção em rede de cuidado à pessoa vítima de violência sexual, em que a integralidade é um importante componente desta construção. Pois, acredito ser a melhor forma de ofertar o cuidado, pensando no todo, no inteiro, no ser humano em todos seus aspectos, como sujeitos ativos e fazedores de suas histórias de vida. Ou seja, em se tratando de pessoas vitimadas sexualmente, desde que se encontrem fortalecidas e assistidas para recomeçar, o apoio dos profissionais e instituições faz diferença como parte da Rede Pétala.

Para que essa experiência fosse relatada, a narrativa foi o instrumento de pesquisa escolhido, formatando assim os caminhos metodológicos em 'ensaio', o qual possibilitou ordená-la de forma reflexiva e crítica. O 'tempo' também utilizado como ferramenta metodológica e de organização, com as suas modalidades de tempo físico, psicológico e cronológico, me permitiu olhar essa experiência em toda sua multiplicidade, me possibilitando explicá-la e qualificá-la a cada momento.

"O tempo presente - o único que julgávamos poder chamar longo -, ei-lo reduzido apenas ao espaço de um só dia! Mas discutamos também acerca dele, porque nem sequer um dia é inteiramente presente"(Confissões de Santo Agostinho- ROSA - 2007)

Assim, ao narrar cada momento da construção da Rede Pétala, as respostas começam a despontar no presente, frente às indagações iniciais deste trabalho. As inquietações ainda persistem, pois a rede ainda não está pronta... ela nunca ficará pronta, o acolhimento e a singularidade do cuidado à pessoa em situação de violência sexual exige um constante aprendizado.

Ao escrever sobre o Programa Pétala, ao buscar qualificá-lo teoricamente, foi que percebi o quanto a Política Nacional de Humanização o influenciou para essa construção. Novos olhares foram agregados ao cuidado à gestante adolescente, o que permitiu que a violência sexual fosse percebida. Tal possibilidade se deu porque a clínica não reducionista e a singularidade do cuidado qualificada pela 'humanização' se encontravam presentes na subjetividade do processo de trabalho da equipe desse serviço.

Ao se abordar o processo histórico que acompanhou a construção da Rede Pétala, ele se dá em um contexto em que as ações intersetoriais eram muito incipientes. Ao mesmo tempo, esse processo ocorreu de forma inversa, ou seja, de uma instituição hospitalar para atenção básica. Contudo, era uma necessidade e não podíamos negar o fato de que tínhamos um espaço vazio para ser ocupado, mais do que isso, tínhamos pessoas que necessitavam de cuidados de saúde.

Portanto, compreendo ter sido um momento de grande inovação e desafio para todos os atores que acreditaram na possibilidade da criação dessa rede.

Ao longo desse caminho, utilizei os pensamentos de Mendes, Campos, Lenir Santos, Franco, Merhy e Yasui para conceituar e refletir sobre rede intersetorial e redes organizativas de atenção à saúde no SUS. Dessa forma, foi possível caracterizar a Rede Pétala como uma rede intersetorial, pelo envolvimento de instituições não pertencentes ao campo da saúde, mas cujo protagonismo é tão importante quanto. Contudo, não será um apêndice das redes organizativas de atenção à saúde no SUS, uma vez que a violência sexual é também uma questão de saúde pública e precisa de ser inserida transversalmente no processo de trabalho das referidas redes.

As questões voltadas à humanização permeiam essa narrativa e as reflexões sobre o acolhimento à pessoa em situação de violência sexual, foi um ponto que busquei entender frente à Rede Pétala, uma vez que se fez necessário significar sobre qual acolhimento estávamos falando. Pois, se a humanização visa a romper com a fragmentação do cuidado, do trabalho e da rede, o acolhimento faz parte desse universo, sendo ele um caminho para a integralidade do cuidado, o que também objetivamos com a rede intersetorial.

Por ser um tema transversal no universo das redes de atenção à saúde, a violência sexual, para este estudo, também agrega vários saberes; e alguns conceitos da área jurídica foram necessários para descrever o estupro, assim como trago também a relação às questões biopsicossociais, que envolvem esse tema.

Ao trazer a redefinição do termo 'estupro' para esta narrativa, não se pretendeu seu aprofundamento teórico, e sim demonstrar como o referido crime no decorrer dos anos mudou seu enfoque e conceito jurídico, fortalecendo atualmente a vítima para a denúncia, pois anteriormente não havia clareza e agora a vítima encontra respaldo para ser ouvida e respeitada.

Saliento que a violência sexual tem, a cada dia, alcançado mais e mais uma posição de destaque pelos órgãos internacionais (OMS) e pelo MS, pelos danos que acarreta à pessoa vitimada. A agressão desse tipo é reconhecida como violação dos direitos humanos, mas também como uma questão de saúde pública e, como tal, teremos que tratá-la em toda complexidade que envolve essa demanda.

Ao abordar as políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual no Brasil, procuro agregar não somente as políticas forjadas no âmbito da 'Saúde', mas também de outras instituições governamentais, no caso a 'Segurança Pública', que também se dedicou a buscar formas de prestar atendimento para mulheres e crianças vítimas de violências, entre elas a sexual, implantando as DDMs. Percebe-se um esforço conjunto das instituições brasileiras e no estado de São Paulo, no sentido de criar os meios que possam oferecer o cuidado em toda sua amplitude a essas pessoas.

Há de se levar em consideração as questões que levaram o Brasil a estabelecer políticas públicas de enfrentamento à violência sexual, em especial em crianças e adolescentes, pois em 2002, a OMS no 'Relatório Mundial sobre Violência e Saúde', após verificação da situação da violência em vários países, entre eles o Brasil, realiza algumas recomendações: a criação de um sistema de coleta de dados

(no Brasil, criou-se a ‘ficha de notificação compulsória’); pesquisas científicas, atualmente há o apoio das universidades para discussão e pesquisa dos temas voltados à violência sexual; Estratégias de Prevenção, o Ministério da Saúde tem realizado financiamentos municipais para fomentar e apoiar ações locais de prevenção, bem como disseminar o conhecimento sobre causas e a prevenção de violência juvenil.

Portanto, ao se pensar na construção da Rede Pétala, tínhamos um cenário favorável, sendo um facilitador para que os movimentos a fim de agregar os atores descritos nesse trabalho existissem.

Este trabalho também se preocupou em refletir sobre a construção das redes, ao discutirmos os serviços e como eles interagem para cuidar das vítimas de violência sexual, demonstrando ser uma tarefa muito complexa. Ao buscarmos a rede como estratégia para o cuidado à pessoa em situação de violência sexual, houve o encontro de diferentes saberes exigindo um processo de interação entre um serviço e outro para produzir o acolhimento à vítima de violência sexual.

Portanto, ao analisar a forma de construção da Rede Pétala, ela nos leva também a considerá-la uma rede transversal, ou seja:

A rede transversal, que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território – ou seja, a rede heterogênea – é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes (BRASIL-HUMANIZASUS-2009).

A construção de rede implica muito mais do que oferecer serviços, mas sim como esses serviços estão se relacionando para atender a pessoa em situação de violência sexual. Mesmo com todos os mecanismos utilizados: como os encontros com todos os segmentos da rede, rodas de discussão com os trabalhadores das instituições da rede e capacitações, entendo que se faz necessário o acompanhamento e apoio aos trabalhadores e instituições, com a finalidade de auxiliar nas ações que os levem à sustentabilidade e à autogestão.

Para finalizar, resgato as questões iniciais que suscitaram esta pesquisa para importantes reflexões, a primeira: como fazer acontecer, na região, uma rede de acolhimento à pessoa em situação de violência sexual, frente à singularidade que ela exige? Acredito que essa inquietação tenha sido respondida pelo próprio teor deste trabalho, cujo relato os leva a conhecer os caminhos percorridos para essa

construção. Mesmo com esse caminho já percorrido, volto a insistir que ele deve ser cuidado e apoiado, para que faça parte do processo de trabalho das unidades básicas de saúde. A produção ampliada do cuidado no território sanitário de onde partem e se organizam as necessidades e demandas de saúde deve se fazer presente para existir a possibilidade de acolher a pessoa em situação de violência sexual.

Outra questão que trouxemos para a discussão desta pesquisa foi como intervir na requalificação dos profissionais dos segmentos envolvidos que teriam a responsabilidade de desencadear tal processo.

Nesse sentido, procuramos nos apropriar de metodologias ativas que nos levassem a discutir nos municípios participantes o sentido e a importância da implantação das redes locais intersetoriais. O objetivo era discutir a operacionalização e planificação dos municípios e o papel do Estado para o atendimento em rede à vítima de violência sexual. Portanto, foram utilizados trabalhos em grupos, estudos de caso com apresentação e sistematização das discussões em plenária com a participação de todos os atores, ou seja, representantes dos segmentos designados pelo gestor, sendo estes os profissionais da atenção básica, polícia civil, polícia militar, conselho tutelar, educação e outros conforme a realidade de cada município.

As dificuldades desse processo de requalificação das equipes de saúde e demais atores se encontravam na integração das ações intersetoriais, pois exigia uma nova cultura territorial, ou seja:

Nova cultura de gestão territorial, que rompa com o entendimento de que “somando-se o que cada política faz” se produz ação integrada no território; assim, integrar não é somar, senão produzir ações comuns de forma partilhada e corresponsabilizada (BRASIL- HUMANIZASUS 2009);

Portanto, tentamos levar para as rodas de discussão os mecanismos de cogestão, propiciando o encontro das diferenças, da pluralidade dos sujeitos e fomentando a produção de entendimentos e ações comuns.

Tais ações foram suscitadas por meio de discussões locais (deslocamentos de posições originais), produção de consensos e a contratação de tarefas de forma coletiva (Brasil- Humanizasus 2009), o que me leva à resposta da questão levantada

nesta pesquisa sobre: como conseguir o envolvimento dos profissionais num tema tão polêmico e desafiador sem desrespeitar os limites de cada um?

Foi através dos espaços de discussão com os trabalhadores da rede e rodas de conversas com os trabalhadores do HRA, que acredito ter havido a integração das ações e a construção compartilhada, o que nos levou a sucessivas aproximações frente ao tema rede, exigindo modificações em atitudes, percepções e até mesmo na forma de atuar, ou seja, deixar o trabalho 'solo' e agregar outros saberes no cotidiano de cada um dos atores e segmentos participantes. Essa busca me coloca a refletir sobre a minha última indagação: mas afinal, que conceito tentávamos definir para a integralidade da atenção no Programa Pétala? Essa busca em tentar entender a integralidade da atenção para essa rede me levou ao pensamento de Mattos, quando ele nos coloca primeiramente sobre a “imagem objetivo” acerca da integralidade, ou seja, as práticas desejáveis e que se estruturam em um conjunto de valores pelos quais vale lutar, “pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”.

(...) toda imagem objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Sentidos correlatos, sem dúvida, posto que forjados num mesmo contexto de luta e articulados entre si. Mas sentidos distintos, que possibilitam vários atores, cada qual com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem estas críticas e, pelo menos por um instante, pareçam comungar os mesmos ideais. (...) uma imagem objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidade de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas (...) (MATTOS 2005)

Acredito que essa “imagem objetivo” foi que tivemos como objetivo para a integralidade na Rede Pétala, foi por acreditar nessa possibilidade que direcionamos esta pesquisa para refletir sobre o acolhimento e a integralidade como caminhos para composição da rede.

Ao narrar essa experiência, após quase cinco anos de afastamento da coordenação do Programa Pétala, estou me permitindo outros olhares, talvez olhares que não os teria por minha implicação neste processo e proximidade que ainda mantenho, porém com novas concepções e novos aprendizados.

Pois agora, como Articuladora da Atenção Básica, é que foi possível identificar que nas instituições parceiras como a Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Científica, em que a rotatividade de profissionais é muito pequena, por se tratar de trabalhadores concursados, as ações pactuadas no início do Programa Pétala ainda

se mantem. Porém não podemos nos furtar de olhar e deixar que eles caiam na mesmice e em rotinas que podem ser mudadas e adequadas ao longo do tempo em benefício das pessoas que precisam do serviço, como também a favor dos profissionais que nele atuam. Portanto, demanda que esses segmentos mantenham encontros sistemáticos para fortalecer as ações existentes e renová-las de acordo com a necessidade e demanda da população assistida.

No entanto, ao lançar um olhar crítico ao papel da Atenção Básica, percebo que, em alguns municípios, da região onde atuo, as equipes treinadas nas unidades não são mais as mesmas, nem os mesmos gestores, o que é esperado devido às questões da precarização dos contratos dos trabalhadores da saúde na AB e questões político-partidárias que permeiam esse processo e fazem parte da nossa democracia. Em minhas visitas locais, constato, em algumas unidades, que o serviço de violência sexual/doméstica implantado se perdeu, não foram incluídos no processo de trabalho e linhas de cuidado. Portanto, temos de lançar mão de instrumentos de gestão capazes de fazer com que a rede continue sendo tecida, e a Humanização possui essa potência no princípio da autonomia e protagonismo dos sujeitos com a corresponsabilização entre os gestores, usuários e trabalhadores da saúde, para o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos e gestão (BRASIL-PNH 2012) e a Educação Permanente como instrumento de articulação entre ensino, trabalho e cidadania (CECIM & FERLA 2009) e com mecanismos para integrar as questões de violência sexual e outras violências ao cuidado na Atenção Básica .

O importante é que esta pesquisa possibilitou refletir sobre o acolhimento e a integralidade para o cuidado à pessoa em situação de violência sexual, ainda que a rede não tenha se concretizado plenamente. Porém, revelou uma forma de se evitar a prática fragmentária e o reducionismo da clínica e trazer para discussão as boas práticas em saúde.

Mas ainda fica a sensação de que esta pesquisa necessita de continuidade para que possam ser agregados fatores aqui não abordados como a configuração da Rede Pétala nos dias atuais, ou seja: como ela está estruturada nos vários segmentos que a compõem? Como os profissionais vinculados aos serviços estaduais de saúde (HRA, GVE-13, DRS-9) e segurança pública (Polícia Civil, Militar, Perícias Médicas) estão ao longo dos anos inseridos nesse processo? Qual o papel que ficou para o HRA na rede? Que lugar ficou a AB na rede? São muitas as

indagações que, somente retomando esta pesquisa, poderíamos possivelmente responder.

Ao finalizar, acredito na possibilidade de que esta narrativa possa inspirar outros profissionais na continuidade desta pesquisa e também a buscar as inúmeras possibilidades do trabalho em rede, além de configurar a forma de encontro entre profissionais e usuários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADED, N.L.O.; DALCIN, B.L.G.S.; MORAES, T.M.; CAVALCANTI, M.T. **Abuso Sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura**. Rev. Psiqu. Clín. 33 (4); 204-213, 2006.

ADORNO, Theodor. **“O ensaio como forma”**. In: Adorno, W. T., Notas de Literatura I. Tradução de Jorge de Almeida, Editora 34, Coleção Espírito Crítico, São Paulo 2003, p.15-45.

AMORIM, S.M.F. **Princípios Norteadores da Escuta da Criança e do Adolescente - Oficina: O Papel do psicólogo no processo de escuta de crianças e Adolescentes** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - 2010- Conselho Federal De Psicologia, 19 e 20/02/2010. Disponível em: <[http://www.crpms.org.br/arquivos/site\\_artigos\\_1542428381.pdf](http://www.crpms.org.br/arquivos/site_artigos_1542428381.pdf)>. Acesso em 29 de mar 2013.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado e os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Revista Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004

ASSIS, S.G; AVANCI, J.Q., PESCE, R.P., PIRES, R.P., PIRES, T.O., GOMES, D.L. **Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil**. Artigo, p.2305. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf>>. Acesso em 19 abr 2013.

Azevedo, M.A. & Guerra, V.N.A. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes um cenário em (des)construção** – fonte: Violência Doméstica na Infância e na Adolescência, SP, Robe, 1995. Disponível em <[http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap\\_01.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_01.pdf)>. Acesso em 25 set 2013.

BASS, ELLEN; THORNTON, LOUISE (Org.). **Nunca contei a ninguém**. Tradução de Ibanez de Carvalho Filho. Coordenação da edição brasileira de Maria Elizabeth Santo. São Paulo: Editora Harper & Row do Brasil Ltda, 1985.

BIANCHINI. A. **Lei Maria da Penha para homens: não se aplica** - Jornal Carta Forense - Agosto 2012.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Violência: uma epidemia silenciosa. Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.134 p. (CONASS Documenta; 15).

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.436 p. (CONASS Documenta; 23).ISBN978-85-8071-004-5

BRASIL. Portaria gm/ms nº 737 de 16/05/01 publicada no dou nº 96 seção 1e – de 18/05/01. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa, **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015** – 1ª ed. Brasília 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** – Brasília 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.60p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0856-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. NEPO-Núcleo de Estudos de População/Unicamp (SP), Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. **Seminário Nacional: Gestão em Saúde da Mulher**/ Elza S. Berquó et al (Org.)- Campinas - 2004-p.63-66.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL,Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. **Estratégicas aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. Ed. atual. e ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.48 p. – Série F. Comunicação e Educação, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 7.

BRASIL,Ministério da saúde – **Marco legal: Saúde um direito de adolescentes**, 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_legal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf) - Acesso em 16/03/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da**

**violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 3ª ed. atual. e ampl.-Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL, Ministério da saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** PORTARIA GM/MS Nº 737 DE 16/05/01 PUBLICADA NO DOU Nº 96 SEÇÃO 1e – DE 18/05/01.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros.** Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Análise de Situação e Saúde, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Org.:Cecília de Mello e Souza Leila Adesse -1ª Edição 2005. P.118

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.406/GM em 5 de novembro de 2004,** Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social - **Portaria nº 878, de 03 de dezembro de 2001 - Estabelece diretrizes e normas do Programa Sentinela e dá outras providências.**

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios.** Cecília de Mello e Souza, Leila Adesse ( org.) Brasília: 188p, 2005.

BRASIL, Secretaria de Direitos Humanos. **Programa de Enfrentamento Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.** Disponível em: <[http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/exploracao\\_\\_sexual](http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/exploracao__sexual)>. Acesso em 29 abr 2013.

BRASIL, Secretaria Nacional de Segurança Pública, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres- **Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMS.** Edição Atualizada – 2010

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra.** Petrópolis: Ed.Vozes, 1999, p.33

BUSS, PAULO MARCHIORI. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). Promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciênc. saúde coletiva vol.4 nº2, pp.393-403. ISSN1413-8123-Rio de Janeiro 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>. Acesso em 26 de mar. 2013.

CAPRA, Fritjof. **A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos;** tradução Newton Roberval Eichenberg – 10ª reimpr. da 1ª ed. de 1997- São Paulo: Cultrix, 2006. P.256

CARNEIRO, S. **Mulheres em Movimento** - Artigo - Estud. av. vol.17 no.49 São Paulo Sept./Dec. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142003000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008)>.

CARNEIRO, Alcides; OLIVEIRA, Soraya. **A violência que faz mal para a saúde: violência e saúde no Rio de Janeiro**. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/eixo\\_4/abep2010\\_2634.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2634.pdf)>. Acesso em 29 mar 2013.

CARVALHO, G. **Universalidade limitada ou Integralidade Regulada?**. Disponível em: <[www.gices-sc.org/universalidadeilimitada.doc](http://www.gices-sc.org/universalidadeilimitada.doc)>. Acesso em 29/01/2013.

CAVALCANTI LF,GOMES R, MINAYO MCS. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Pública vol.22 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2006-Brasil. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000100004)>. Acesso em 29 mar 2013

CECCIM,R.B.& FERLA,A.A., **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Rio de Janeiro 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>> Acesso em 13 nov 2013

**CID - 10 - Código Internacional de doenças** – Disponível: <[http://www.medicinanet.com.br/cid10/2648/t74\\_sindromes\\_de\\_maus\\_tratos.htm](http://www.medicinanet.com.br/cid10/2648/t74_sindromes_de_maus_tratos.htm) -> Acesso em 20/03/2013

CREMESP, **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 4ª edição / Organização de Krikor Boyacian. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2011,300 p. (Caderno CREMESP)

COSTA,B.C. **Processo de revitimização em face da criança e do adolescente molestado sexualmente** ( 2011) . Artigo disponível em <<http://bernardinocosobeck.blogspot.com.br/2011/08/processo-de-revitimizacao-em-face-da.html>> Aceso em 18 out 2013

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saúde soc. 2011, vol.20, n.4, pp. 961-970. ISSN 0104-1290. <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>

DALTOÉ-CEZAR, J. A. **Depoimento sem dano: uma alternativa para inquirir crianças e adolescentes nos processos judiciais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

DREZETT,J. **Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva**. Revista de Psicologia da Unesp,2 (1),2003,p.39.

DUTRA, Elza. **A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica.** *Estud. psicol. (Natal)*. 2002, vol.7, n.2, pp. 371-378. ISSN 1413-294X.

FÁVERO, E.T. **Metodologia “Depoimento sem dano” ou “Depoimento com Redução de danos”**- Parecer técnico- Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)- São Paulo- 2008

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Tradução Sandra Netz, 2.ed. Porto Alegre, Ed. Artemed, 2004.P.24-25

FRANCO, T.B.; in Pinheiro, R. & Matos, R.A. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde - Gestão em Redes.** LAPPIS-IMS/UERJ- ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006 - Disponível em:  
<[http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes\\_na\\_micropolitica\\_do\\_processo\\_trabalho\\_-\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf)>. Acesso em 26 mar de 2013

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. **El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado: Recognizing the subjective production of care –** Salud Coletiva Buenos Aires, 7(1):9-20, Enero - Abril, 2011  
<<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/produccion-subjetiva-cuidado.pdf> > Acesso em 11 abr 2013

FRANCO, T.B., ASSIS, M.M.A., NASCIMENTO, M.A.A., JORGE, M.S.B., **Produção do Cuidado no PSF-Olhares analisadores em diferentes cenários-** Cap.I Dimensões Teóricas e Metodológicas da Produção do Cuidado em Saúde- EDUFBA-Salvador- 2010 p.182

FREITAS, Maria Teresa Menezes; FIORENTINI, Dário. **As possibilidades formativas e investigativas da narrativa em educação matemática.** Horizontes, v. 25, n. 1, p. 63-71, jan./jun. 2007-p-63. Disponível em:  
<[http://www.saofrancisco.edu.br/itatiba/mestrado/educacao/uploadAddress/Horizontes\\_25\\_1\\_06\[11067\].pdf](http://www.saofrancisco.edu.br/itatiba/mestrado/educacao/uploadAddress/Horizontes_25_1_06[11067].pdf)> Acesso em: 20 jan.2012

FRODA, R. E. P., RIBEIRO, S. L., COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A. **Metodologia de pesquisa qualitativa em saúde mental: a abordagem dialética.** In: CONSTANTINO, E. P. (Org.) *Percurso da pesquisa qualitativa em Psicologia*, São Paulo: Arte, Ciência, 2007. P.79-101

GABRIELA, R. B. de Andrade; VAITSMAN, Jeni. **Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde.** Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>> Acesso em 07 set 2012.

GAWRYSZEWSKI, V.P. (et.al). **A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (Sup):1269-1278, 2007.

GILSON CARVALHO... (et al.). **Redes de atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Silvio Fernandes da Silva (org.) - 2 ed. Campinas, SP. Saberes editora, 2011. 202p.

GOMES, M. L. M.; FALBO NETO, G. H.; VIANA, C. H. and SILVA, M. A. **Perfil clínico - epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher**. Recife, Pernambuco. Disponível em: <http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/onu-habitat/>. Acesso em 10 nov. 2010.

**HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS - Linha Histórica**. Disponível em:< <http://www.hra.famema.br/historico.php>>. Acesso em:19 abr 2013

**HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria - Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

JUSTO, J.S. **Prefácio: Percursos da Pesquisa Qualitativa em psicologia**/Elizabeth Piemonte Constantino (org.) São Paulo- Ed. Arte & Ciência,2007, 232p.

LATOURETTE, B.A. **A esperança de Pandora- Ensaio sobre a realidade dos estudos científicos** - Ed. Universid. do Sagrado Coração-EDUSC- Bauru- 2001- p.363

MALTA, D.C; FERREIRA, L.M.;REIS,A.T.; MERHY,E.E. **Mudando o processo de trabalho na rede pública: Alguns resultados da experiência de Belo Horizonte**. Saúde em Debate v. 24, N. 56, p. 21-34, set/dez 2000. Disponível em: [http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.24%2C+N.56+-+set&pesq=&x=25&y=14-](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.24%2C+N.56+-+set&pesq=&x=25&y=14-). Acesso em 26 mar 2013.

MARQUES,A.J.M. **Agora tanto o HOMEM quanto a MULHER pode cometer crime de ESTUPRO**. Comentário da Lei Ordinária Federal nº12.015, de 07/08/2009. Disponível em: < <http://www.algosobre.com.br/atualidades/agora-tanto-o-homem-quanto-a-mulher-pode-cometer-o-crime-de-estupro.html>>. Acesso em 29 mar 2013.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005

FREITAS, M.T.M., FIORENTINI, D. **As possibilidades formativas e investigativas da narrativa em educação matemática**. Horizontes, v. 25, n. 1, p. 63-71, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://bomensino.blogspot.com.br/2013/04/as-possibilidades-formativas-e.html>. Acesso em 13 nov 2013.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília- Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MERHY, E.E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde**, Campinas-SP, DMPS/FCM/UNICAMP- p.1-25, abril de 1999

MINAYO, M.C.S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciênc. saúde coletiva vol.11 supl. Rio de Janeiro 2007. P.1259-1267

**O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde.**  
8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **O Trabalho com Redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços.** Katálysis, Florianópolis, v.5,n.1,p.51-58. Disponível em:  
<dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2928032.pdf>. Acesso em 25 out 2011.

**Moderno Dicionário da Língua Portuguesa.** Michaelis - Ed. Melhoramentos -  
<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php> Acessado em 07-09-2012.

MORAES, M.A.A; MANZINI, E.J. **Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema.** Rev. bras. educ. med. vol.30 no.3 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000300003> Acesso em 08 jul 2013.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. **Humanização da assistência e formação do profissional de saúde** – Artigo – Revista Psychiatry on line Brasil-Vol.8-Nº5, maio 2003. Disponível em <[http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503\\_1.php](http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503_1.php)> Acesso em 29 set 2013.

NOBRE, J.C.A; PEDRO, R.M.L.R. **Reflexões sobre possibilidade metodológicas da Teoria Ator-Rede** - Artigo - Cadernos UniFOA - ed. nº 14, dezembro/2010. Disponível em <<http://www.foa.org.br/cadernos/edicao/14/47.pdf>>. Acesso em 30 mar 2013.

NUNES, B. **O tempo na narrativa** – 2ª edição – São Paulo –Ed. Ática-2003, p.82

OLIVEIRA, Gleick Meira; RODRIGUES, Thaís Maia. **A nova lei de combate aos crimes contra a liberdade sexual: Uma análise acerca das modificações trazidas ao crime de estupro.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 88, maio 2011. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9553](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9553)>. Acesso em 02 abr 2013.

ONOKO CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. **Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde.** Rev. Saúde Pública vol.42 no.6 São Paulo Dez. 2008.

ONU – América Latina. **Campanha do Secretário Geral das Nações Unidas – UNA-SE pelo fim da Violência Contra Mulheres.** Disponível em:  
<[www.onu.org.br/brasil-entrega-para-ban-ki-moon-56-mil-assinaturas-de-homens-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/](http://www.onu.org.br/brasil-entrega-para-ban-ki-moon-56-mil-assinaturas-de-homens-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/)>. Acesso em 12 abr 2013

ONU. **Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz.**  
<[www.comitepaz.org.br/dec\\_prog\\_1.htm](http://www.comitepaz.org.br/dec_prog_1.htm)>. Acesso em 09 abr 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde).** Editado por Etienne G. Krug

... [e outros.].1. Violência 2. Violência doméstica 3. Suicídio 4. Agressões sexuais 5. Guerra 6. Saúde Pública 7. Fatores de risco I. Krug, Etienne G. ISBN 92 4 154561 5 (Classificação NLM: HV 6625). Genebra 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Trabalhando juntos pela saúde / Organização Mundial da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU BRASIL. **Una-se, pelo fim da violências contra as mulheres**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/brasil-entrega-para-ban-ki-moon-56-mil-assinaturas-de-homens-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em 12 abr 2013.

PEREIRA, P.A.P. **Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar**. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs.). Política Social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo: 6ª edição, ed. Cortez, p. 25-43, 2004.

PAIXÃO,A.C.W.,DESLANDES,S.F. **Análise das Política Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil**. Saúde Soc., São Paulo,v.19,n.1,p.114-126, 2010.

REVISTA DA SAÚDE. **Pacto contra a violência: O SUS e as políticas públicas na promoção da vida e da paz**. Publicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - ano III- nº 3 - dez 2002 . ISSN-1676-4250.

RICOEUR,P. **Tempo e Narrativa**. tradução Marina Appenzeller; revisão técnica Maria da Penha Villela-Pettit, Campinas,SP: Papyrus,1995.ISBN 85 308-0364-7.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão / São Paulo**, Áurea Editora, P. 8, 2009.

ROGERS, C., & KINGET, M. **Psicoterapia e relações humanas**. Belo Horizonte: Interlivros,1975.

ROSA,J.M.S., **Confissões de Santo Agostinho**- LusoSofia: press Edições Colibri, Lisboa 2007 p.2007

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO - **Estatísticas**. Disponível em: <<http://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/trimestrais.aspx>> Acesso em 17 mar 2013.

SCHMITTER, Phillip. **Reflexões sobre o Conceito de Política**. Universidade da Califórnia, p. 31-39. Curso de Introdução à Ciência Política Bloco 3 - Brasília-UnB, 1984.

TEIXEIRA,R.R. **O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. Publicado em **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos(organizadores)IMS/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003;pp.89-111

TRIVIÑOS,A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Ed. Atlas, p.173, 1987.

VEIGA-NETO,A. **Crise da modernidade e inovações curriculares: da disciplina para o controle.** Conferências, Sísifo / revista de ciências da educação, n.º7 • set /dez 2008. Disponível em: <<http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/sisifo7confPT.pdf>>. Acesso em 09 abr 2013.

VENÂNCIO,S.I., ALMEIDA,H. **Método Mãe Canguru: Aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno.** J Pediatr (Rio J). 2004;80 (5 Supl):S173-S180. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a09.pdf> Acesso em 28 ago 2013.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração.** Departamento de ciências da Administração/UFSC. Brasília – DF. CAPES; UAB, p. 164, 2009.

ZIRBEL,I. **Estudos Feministas e Estudos de Gênero no Brasil: Um debate.** Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política daUFSC, Florianópolis, 2007. Capítulos 1 e 2. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90380/241321.pdf?sequence=1>>. Acesso em 31 mar de 2013.

YASUI, S. **Apontamentos para uma reflexão sobre a pesquisa em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, v.36, ed. esp., p.19-30, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2917/2101>>. Acesso em 17 abr 2013.

**Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira,** Tese Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro-2006.

**ANEXOS**

## Anexo 1

### **PORTARIA Nº 2.406/GM Em 5 de novembro de 2004.**

Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no art. 7º da Lei nº 10.778/03, e

Considerando o disposto no Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/03;

Considerando que o Brasil é signatário e está comprometido com a efetivação dos instrumentos internacionais de defesa e proteção dos direitos das mulheres e dos direitos humanos, em especial a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim - 1995 e a Convenção de Belém do Pará - Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, assinada pelo Brasil em 9 de junho de 1994 e ratificada em 27 de novembro de 1995, entrando em vigor no Brasil em 27 de dezembro de 1995;

Considerando que, segundo vários estudos no Brasil e no mundo, a violência contra a mulher é um problema de alta relevância por seu elevado número de casos e, ao mesmo tempo, pouca visibilidade social; e

Considerando que a notificação dos casos de violência contra a mulher ao Sistema Único de Saúde permitirá dimensionar a magnitude do problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todas as esferas para enfrentamento deste problema,

#### **R E S O L V E:**

Art. 1º Instituir serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher.

§ 1º Os serviços de referência serão instalados, inicialmente, em municípios que possuam capacidade de gestão e que preencham critérios epidemiológicos definidos.

§ 2º Os serviços de que trata o caput deste artigo serão monitorados e avaliados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, sendo que, a partir desse processo, será programada sua expansão.

Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, Ficha de Notificação compulsória de Violência Contra a Mulher e Outras Violências Interpessoais, que será utilizada em todo o território nacional.

Art. 3º A notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo:

I - o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima;

II - a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio; e

III - as informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Vigilância em Saúde em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, definam, no prazo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria, as diretrizes e os mecanismos de operacionalização dos serviços.

Art. 5º Delegar competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

## Anexo 2

### Lei nº 10.291, de 7 de abril de 1999

Publicado por Governo do Estado de São Paulo (extraído pelo JusBrasil)

Obriga os servidores das Delegacias de Polícia a informarem às vítimas de estupro sobre o direito de aborto legal Ver tópico (3 documentos)

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

**Artigo 1º** - Os servidores das Delegacias de Polícia e de Defesa da Mulher, no ato do registro policial, ficam obrigados a informar às mulheres vítimas de estupro, que, caso venham a engravidar, poderão interromper, legalmente, a gravidez, conforme determina o artigo 128 do Código Penal. Ver tópico

**Parágrafo único** - As delegacias fornecerão, no ato do registro policial, a relação das unidades hospitalares públicas, com os respectivos endereços, aptas a realizarem a referida interrupção de gravidez. Ver tópico

**Artigo 2º** - O aborto será realizado por médico e precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Ver tópico

**Artigo 3º** - O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir de sua publicação. Ver tópico

**Artigo 4º** - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário. Ver tópico

**Artigo 5º** - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Ver tópico

Palácio dos Bandeirantes, 7 de abril de 1999.

MÁRIO COVAS

Março Vinicio Petrelluzzi Secretário da Segurança Pública Celino

Cardoso Secretário-Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita

Secretário do Governo e Gestão Estratégica Publicada na Assessoria Técnico -  
Legislativa, aos 7 de abril de 1999.

## Anexo 3

### Decreto nº 48.462, de 20 de janeiro de 2004

Regulamenta a Lei nº 10.920, de 11 de outubro de 2001\*, que obriga as Delegacias de Polícia a informar às vítimas de crime contra a liberdade sexual o direito a tratamento preventivo contra a contaminação pelo vírus HIV

GERALDO ALCKMIN, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais, Decreta:

**Artigo 1º** - A distribuição de anti-retrovirais (ARV) para as mulheres vítimas de violência sexual - estupro ou atentado violento ao pudor - será feita respeitando-se os critérios técnicos estabelecidos em norma técnica sobre o assunto, publicada pelo Ministério da Saúde, ou, na falta desta, pela Secretaria de Estado da Saúde.

**Parágrafo único** - O mesmo procedimento deverá ser adotado com crianças, adolescentes e homens expostos.

**Artigo 2º** - Os serviços públicos que dispensarão os anti-retrovirais serão cadastrados pelo Ministério da Saúde e deverão estar equipados para prestar assistência integral às vítimas.

**Artigo 3º** - A distribuição dos anti-retrovirais aos serviços públicos, mencionados no artigo anterior, será efetuada pela Coordenação Estadual de DST/AIDS.

**Artigo 4º** - Os serviços captadores dos casos, tais como, Delegacias de Polícia, Instituto Médico Legal e Unidades Básicas de Saúde, com vista à melhor eficácia das medidas preventivas, deverão encaminhar as vítimas aos serviços especializados de saúde, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas.

**Parágrafo único** - Nos casos em que as vítimas se apresentarem após o prazo assinalado no "caput", os mesmos órgãos adotarão as providências ao seu encaminhamento imediato, aos serviços especializados de saúde, a fim de que sejam submetidas às medidas profiláticas cabíveis.

**Artigo 5º** - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 20 de janeiro de 2004

GERALDO ALCKMIN

\* Lei 10.920/2001 Publicado em: 21/01/2004 Atualizado em: 03/03/2004 12:11

**Anexo 4**

**Questionário do Hospital Regional de Assis- HRA e GVE-13 para mapeamento dos serviços de saúde /atendimento as violências sexuais**

**CENTRO DE ATENÇÃO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

(o nome PROGRAMA PÉTALA surgiu somente após esta pesquisa de avaliação)

**Pesquisa para formação da Rede do CAVVS**

1.Nome da instituição:

---

---

2.Endereço:

---

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

3. Contato com: \_\_\_\_\_ função/cargo: \_\_\_\_\_

4. Horários de funcionamento: \_\_\_\_\_

5. Como a instituição atua em relação ao abuso sexual? \_\_\_\_\_

---

---

6. Como é composta a equipe da instituição?

---

---

---

7. Quantos casos de abuso sexual são atendidos mensalmente pela instituição?  
Existem estatísticas a respeito?

---

---

---

---

8. Como os casos chegam à instituição? Quem os encaminha?

---

---

---

---

---

---

9. Quais as outras instituições vinculadas ao seu atendimento? Para onde os casos são encaminhados?

---

---

---

---

10. Como é o fluxo de comunicação com as instituições para onde os casos são encaminhados?

---

---

---

---

---

11. Quais as principais dificuldades enfrentadas por sua instituição no atendimento às situações de abuso sexual?

---

---

---

---

## **Minuta de Ações Integradas para atendimento à Pessoa em situação de violência sexual - fluxograma externo de acolhimento do Programa Pétala.**

O Diretor Técnico de Divisão de Saúde do Hospital Regional de Assis, o Diretor do Departamento de Polícia Judiciária do Interior-4 –Bauru - DEINTER , o Comando de Policiamento do Interior -CPI- 4/Bauru, o Diretor do Núcleo de Perícias Médico-Legais \_\_\_\_\_, Diretor Regional de Saúde de Assis- DIR-VIII, (e outras instituições que vierem compor a rede), cada qual no uso de suas respectivas atribuições e competências no âmbito das instituições que representam,

Considerando que todas as instituições atuam nas respectivas circunscrições territoriais e dentro de suas competências atendem aos casos de violência sexual,

Considerando que as sensações de desamparo, humilhação e desconfiança reinantes na vítima de violência sexual a inibe de procurar auxílio;

Considerando que a inibição da vítima em revelar a ocorrência de violência sexual oculta seus agressores deixando-os incólumes à ação policial;

Considerando que a centralização integrada do atendimento a caso de violência sexual implica em eficiência e eficácia das ações médicas e policiais, resultando em maior segurança, confiança e conforto para a vítima;

Considerando que esta integração é plenamente viável pois que, sem ônus para o Estado, simplesmente racionaliza e otimiza as ações competentes a cada uma das instituições envolvidas;

Decidem

Firmar o presente PROTOCOLO DE AÇÕES INTEGRADAS EM ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL pelo qual as ações específicas que cada uma das instituições envolvidas realizam no atendimento à vítima de violência sexual passam a ser integradas entre si conforme os quadros situacionais descritos nos artigos a seguir:

**Artigo 1º** Quando a vítima acorrer diretamente ao serviço de saúde de referência desencadear-se-ão as seguintes ações integradas:

I – O HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, respeitando o sigilo médico , comunica a ocorrência ao CECOM (Centro de Comunicações da Polícia Civil )

II- O CECOM:

a) comunica a ocorrência à POLÍCIA CIVIL e

- b) comunica a ocorrência ao INSTITUTO MÉDICO-LEGAL;
- III – A POLÍCIA CIVIL se dirige ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS e
- IV – O INSTITUTO MÉDICO LEGAL se dirige ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS.

**Artigo 2º.** Quando a VÍTIMA acorrer à REDE DE SAÚDE (Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde, Pronto Socorros e Hospitais), desencadear-se-ão as seguintes ações integradas:

- I – A REDE DE SAÚDE encaminha a VÍTIMA ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS
- II – HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS respeitado o sigilo médico, comunica a ocorrência ao CECOM;
- III – O CECOM:
  - a) comunica a ocorrência a POLÍCIA CIVIL e
  - b) comunica a ocorrência ao INSTITUTO MÉDICO LEGAL;
- IV – A POLÍCIA CIVIL se dirige ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS e
- V – O INSTITUTO MÉDICO LEGAL se dirige ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS

**Artigo 3º.** Quando a Vítima acorrer à POLÍCIA MILITAR desencadear-se-ão as seguintes ações integradas:

- I – A POLÍCIA MILITAR:
  - a) encaminha a VÍTIMA ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS e
  - b) encaminha a ocorrência a POLÍCIA CIVIL;
- II – A POLÍCIA CIVIL:
  - a) comunica a ocorrência ao CEPOL e
  - b) se dirige ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS;
- III – O CECOM comunica a ocorrência ao INSTITUTO MÉDICO LEGAL e
- IV – O INSTITUTO MÉDICO LEGAL se dirige ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS;

**Parágrafo 1º.** Nos casos de Auto de Prisão em flagrante delito, havidos no município de Assis, após o atendimento hospitalar, a POLÍCIA MILITAR conduzirá a ocorrência à POLÍCIA CIVIL para as providências legais cabíveis.

**Parágrafo 2º.** Nos casos havidos nos demais municípios que integram a região Assis, ocorrendo o flagrante ou não, após o atendimento médico local, a POLÍCIA

MILITAR conduzirá a ocorrência à POLÍCIA CIVIL para as providências legais cabíveis sendo a VÍTIMA encaminhada ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS pelas instâncias municipais competentes.

**Artigo 4º.** Quando a VÍTIMA acorrer à POLÍCIA CIVIL desencadear-se-ão as seguintes ações integradas:

I – A POLÍCIA CIVIL:

- a) Registra (ou não) a ocorrência;
- b) Comunica a ocorrência ao CECOM e
- c) Encaminha a VÍTIMA ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS;

II – O CECOM comunica a ocorrência ao INSTITUTO MÉDICO LEGAL e

III – O INSTITUTO MÉDICO LEGAL se dirige ao HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS

**Artigo 5º.** O presente protocolo será implantado nos 25 municípios que integram a região de saúde de Assis, respeitados os parágrafos a seguir:

**Parágrafo 1º.** Fica eleito o HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS como HOSPITAL DE REFERÊNCIA para essa área de abrangência;

**Parágrafo 2º.** O transporte da VÍTIMA desses municípios até o HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS e deste até aqueles será realizado predominantemente pelas respectivas Prefeituras Municipais através dos seus serviços competentes, observado o contido § 2º. do Artigo 3º. Para os casos de auto de prisão de Flagrante Delito.

**Parágrafo 3º.** Fica eleito o PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE ASSIS e o PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE OURINHOS como portas de entrada para os casos de urgências ( casos agudos/graves) às VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL , observados a abrangência de cada Microrregião.

**Parágrafo 4º** O HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS acionará os órgãos competentes quem integram a rede de assistência à VÍTIMA sempre que necessário se fizer o suporte emergencial de abrigo e alimentação à VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

**Parágrafo 5º** O HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, as Prefeituras Municipais e demais entidades da Sociedade Civil atuarão integrados no segmento da Assistência Social e Jurídica à VÍTIMA conforme protocolo próprio a ser firmado entre as instituições cooperantes;

**Parágrafo 6º.** As necessárias avaliações estatísticas e operacionais para eventuais correções e ajustamentos do protocolo terão frequência mensal no primeiro semestre de implantação do presente PROTOCOLO DE AÇÕES INTEGRADAS, data em que será revista tal frequência.

**Artigo 7º.** As autoridades no âmbito de suas respectivas instituições baixarão portarias com as competentes normas reguladoras complementares necessárias às ações de integração interinstitucional.

O presente PROTOCOLO DE AÇÕES INTEGRADAS EM ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL, a partir desta data, passa a fazer parte da rotina de trabalho das instituições nestas elencadas pelo que se responsabilizam seus respectivos dirigentes signatários a seguir (o documento é assinado pelos representantes dos referidos órgãos)

### **História de Maria**

Maria é uma adolescente de 14 anos, estudante e reside numa cidade do interior paulista com sua mãe e seu irmão de 8 anos. Sua mãe é separada e trabalha duro para sustentar a família, atualmente trabalha como empregada doméstica todos os dias das 7 às 18 horas.

Maria é uma adolescente bastante ativa no ambiente escolar, participa de apresentações de dança de rua, liderando sempre o grupo da escola, gosta de baladas e é muito popular, principalmente por seu estilo extravagante de se vestir.

Todos os dias, Maria chega em sua casa por volta das 13 horas, almoça junto com seu irmão e sempre gosta de assistir TV depois que seu irmão vai para escola.

Na semana passada, chegando em casa foi surpreendida por um homem desconhecido com mais ou menos 30 anos. Ele utilizou uma faca não permitindo que Maria fizesse nenhum barulho, o agressor ficava dizendo que não faria mal algum desde que ficasse em silêncio. Levou-a para seu quarto, utilizou-se de um lençol para amordaçá-la, prendeu seus braços na cabeceira da cama, violentando-a sexualmente a seguir.

De repente o agressor foi surpreendido com chegada da mãe, conseguindo fugir. A mãe desesperada, desamarrou sua filha e gritou pedindo ajuda dos vizinhos. Uma vizinha, D. Dalila, lembrou que a Associação de Bairro poderia ajudá-la.

A líder comunitária Josefa foi até lá e lembrou do Programa Pétala que atende vítimas de violência sexual, entretanto, esse programa funciona em outro município vizinho e ela não tem o telefone de lá. Resolve então, levá-la a Polícia para dar queixa e de lá vai com Maria para o Pronto-Socorro da sua cidade.

O Pronto-Socorro não tem naquele momento ginecologista e não sabe muito bem o que fazer com a vítima. A auxiliar de enfermagem resolve chamar a assistente social para ajudar no caso, entretanto, ela não está. Paralelamente, o médico examina a vítima e verifica que a mesma não possui nenhuma lesão significativa, prescreve um medicamento contra ansiedade e pede para que a mesma procure o serviço ambulatorial no dia seguinte.

#### **OBJETIVOS PARA A TUTORIA:**

- ❖ Entender o conceito de violência sexual
- ❖ Discutir a importância do acolhimento da vítima

- ❖ Mostrar a importância da comunidade e das organizações não-governamentais no atendimento das vítimas de violência sexual.
- ❖ Apoiar a construção de rede de serviço para o enfrentamento da violência sexual
- ❖ Relacionar os diferentes tipos de porta de entrada da vítima
- ❖ Conhecer o papel de cada profissional da rede, valorizando as várias competências dos diferentes serviços de atendimento à pessoa/ vítima em situação de violência sexual.
- ❖ Discutir a hierarquização do sistema de saúde
- ❖ Apresentar a necessidade da prevenção de DST/AIDS e de gravidez indesejada.
- ❖ Conhecer os direitos e as legislações existentes sobre violência sexual.

## Anexo 7

### Diagnóstico situacional intersectorial – Fiocruz

#### 1 - Histórico

- Como se deu a chegada do programa ao município? Audiência? Comissão? Comitê? Composição?
- Quais as instituições que aderiram? Governamentais? ONGs?
- Instituições importantes que aderiram?
- Resistências, problemas? Aceitação facilitadores?
- Quais não aderiram e seria importante aderir?

#### 2 – Caracterização do Município

##### 2.1. Indicadores sócio-demográficos

Exemplos:

- população residente por faixa etária e sexo;
- extensão territorial e densidade demográfica;
- bairros/ regiões – densidade demográfica por território/ renda familiar per capita.

##### 2.2. Indicadores sócio-econômicos

Exemplos:

- IDH,
- População economicamente ativa,
- taxa de desemprego,
- índice de Gini (desigualdade),
- Índice de dependência (numero de crianças e idosos),
- outros.

##### 2.3 Indicadores de educação

Exemplos:

- população analfabeta,
- média de anos de estudo,

- jovens fora da escola,

### **3. Mapeamento da rede de serviços**

- Saúde, segurança, defesa de direitos, educação, assistência social, sociedade civil.
- Distribuição territorial - Pode colocar os serviços no mapa
- Programas e projetos que trabalham com o tema nas diversas áreas
- Atende autores de violência?
- Qual a clientela dos programas, projetos, serviços? População alvo? Cobertura? Ações? Recursos?
- Tem registro?

### **4 – Panorama dos acidentes e violências**

- Bancos de dados da saúde

Exemplos:

- dados de mortalidade (número, proporção, taxa) por causas externas totais e específicas,
- grupos mais afetados por sexo e faixa etária.
- Dados de internação (idem)
- Atendimentos por emergência por acidentes e violências no último ano.
- Atendimentos de resgate SAMU por acidentes e violências (definir ano e período)

### **Banco de dados da segurança**

- Homicídios dolosos (número, proporção, taxa) por sexo, faixa etária e registro de ocorrência.
- Homicídios culposos
- DDM / delegacia de idoso/ delegacia de crianças e adolescentes – número de atendimentos, faixa etária, registro de ocorrência/ definir ano e período.

### **Trânsito**

- Número de ocorrências/ tipo?
- Número de ocorrências com vítimas.

- Acidentes segundo locais de ocorrência.

### **Conselhos tutelares**

- Numero total de atendimentos
- Numero de atendimento por violência intrafamiliar (numero, sexo, faixa etária e região de ocorrência) definir ano e período.

### **Bancos de dados da assistência social (CRAS/CREAS)**

- Programa Sentinela – número de atendimentos.
- Outros programas vinculados ao serviço de Assistência Social

### **Banco de dados de ONGs**

- Número de atendimentos por sexo, faixa etária, região de ocorrência.

### **Quais Instituições e Categorias Profissionais poderiam ser envolvidas no município**

Exemplo: Médico( Infecto, Psiquiatra,Clínico Geral...) Enfermeiros, Téc. de Enfermagem, Assistente Social, Psicólogo, Fono, TO, Fisio, Dentista, Educador Físico, Delegado, Escrivão, Investigador, Policial Militar, Perito Criminal, Juíz, Promotor, Conselheiro Tutelar, Presidente do Condeca, Médico Legista, Professor ensino fundamental/médio/universitário, Membro do Conselho Municipal da Mulher, entre outros.....

### **Propostas e prioridades**

Diante do diagnóstico indicar:

- Quais regiões e populações se mostram mais vulneráveis? A que tipos de violências e acidentes?
- Quais os tipos de propostas precisam se implantar/ criar?
- Que articulações entre os serviços se fazem necessárias?
- Criação de novas frentes ou aproveitar PSF, etc...
- Criação de um Fórum Regional de discussão?
- Criação de um fórum Municipal intersetorial?
- Capacitações para equipes multidisciplinares/ intersetoriais?

- Capacitadores/ Facilitadores regionais e municipais?
- Com base no diagnóstico evidenciar a proposta de ação priorizando as necessidades diagnosticadas.

**Elaborado por:** Dra. Eliana Ximenes e Isabel Cristina Nucci de Souza  
Curso Impacto da Violência na Saúde. Ensp/Fiocruz.

## **Anexo 8**

### **O caso Francileide**

Francileide é uma adolescente de 15 anos que foi abusada sexualmente desde os nove anos pelo pai. Algumas vezes, ela tentou falar com sua mãe, que não conseguia escutá-la e desconversava quando ela mencionava o assunto. Francileide foi encaminhada para tratamento psicoterapêutico por sua professora, que percebeu mudanças extremas em seu comportamento: falta de interesse e queda nas atividades escolares, retraimento e agressividade nos contatos com os colegas de classe.

Francileide só estabeleceu uma relação de confiança com o terapeuta depois de vários meses. Quando isso aconteceu, começou a falar dos seus sentimentos e dos comportamentos ambíguos que viveu. Em alguns momentos, falava com horror das situações de contato sexual com seu pai. Dos sentimentos de angústia e impotência, principalmente nas ocasiões em que pensava em pedir ajuda, uma vez que a pessoa que mais a ajudava nas situações difíceis da vida, a pessoa a quem normalmente ela recorria para ajudá-la, era o próprio pai. “Eu olhava pra ele e via que aquele a quem eu queria pedir ajuda era quem estava fazendo aquilo comigo”, dizia. Em outros momentos, dizia que muitas vezes, sem saber bem por que, era ela quem se aproximava do pai, que se sentia “escolhida”, a “preferida” e que chegava a colocar uma camisola provocante para chamar sua atenção. Mostrava ter muita vergonha dessa atitude e, no fundo, não entendia o que sentia.

Francileide falou inúmeras vezes de como desejava e, ao mesmo tempo, temia que essa situação fosse descoberta.

#### **Para sua reflexão:**

- Quais os sentimentos da equipe após escutar o caso?
- O fato de Francileide dizer que em alguns momentos provocava o contato com o pai traz que tipos de mudanças na forma de ver o caso?
- Como deve ser a abordagem com Francileide? E com sua mãe? E com seu pai?
- As instâncias da justiça, da saúde e da assistência devem estar presentes nesse caso? Para quem encaminhar e em qual momento?

## Anexo 9

### **LEI Nº 13.813, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2009**

*Institui, no âmbito do Estado, o procedimento de atendimento especial às mulheres e crianças vítimas de violência sexual.*

O PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo, nos termos do artigo 28, § 8º, da Constituição do Estado, a seguinte lei: Artigo 1º - Fica instituído, no âmbito do Estado, o procedimento de atendimento especial e preferencial às mulheres e crianças vítimas de violência sexual.

Artigo 2º - O atendimento especial e preferencial consistirá na assistência médico-emergencial e assistência médico-legal, que deverão ser prestadas às vítimas no mesmo hospital ou unidade de pronto-atendimento da rede pública e privada conveniada ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Artigo 3º - Fica assegurado às vítimas de violência sexual o direito de realizar os exames médicos periciais com especialistas do Instituto Médico Legal - IML no estabelecimento hospitalar de atendimento, bem como o direito de elaborar Boletim de Ocorrência noticiando a violência sofrida.

Artigo 4º - As vítimas de violência sexual terão à disposição psicóloga e assistente social para acompanhamento psicossocial e assistência jurídica para as devidas providências de responsabilização do agressor nas unidades de referência.

Artigo 5º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Artigo 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, aos 13 de novembro de 2009.

a) BARROS MUNHOZ – Presidente Publicada na Secretaria da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, aos 13 de novembro de 2009.

a) Marcelo Souza Serpa - Secretário Geral Parlamentar