**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**O cuidado às pessoas que sofreram violência sexual -
desafios à inovação de práticas e à incorporação da
categoria gênero no Programa Iluminar Campinas**

Claudia Mara Pedrosa

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.**

**Área de Concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade.**

**Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone
Grilo Diniz**

**São Paulo
2010**

**O cuidado às pessoas que sofreram violência sexual -
desafios à inovação de práticas e à incorporação da
categoria gênero no Programa Iluminar Campinas**

Claudia Mara Pedrosa

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.**

**Área de Concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade**

**Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone
Grilo Diniz**

**São Paulo
2010**

Banca Avaliadora:

Profª Dra Augusta Thereza de Alvarenga
Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde
Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Profª Dra. Lilia Blima Schraiber
Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina,
Departamento de Medicina Preventiva.

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Universidade Federal de São Paulo, Departamento
de Medicina Preventiva.

Profª Dra Mary Jane Paris Spink
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Setor
de Pós-Graduação, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social.

Prof.^a Dr.^a Carmen Simone Grilo Diniz
Orientadora

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

“Um fotógrafo-artista me disse outra vez: Veja que pingo de sol no couro de um lagarto é para nós mais importante do que o sol inteiro no corpo do mar. Falou mais: que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças, nem com barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.”

(Manoel de Barros, *Memórias inventadas: a segunda infância*)

À
Lívia, Camila e Anna Luisa
Beatriz
Gabriela e ao Miguel

Por trazerem mais e mais alegrias as
nossas vidas...

Agradecimentos

-À Prof^a Simone Diniz, pelo importante significado deste percurso e pelo seu jeito singular de conduzir a orientação.

-Aos Professores Augusta Thereza de Alvarenga, *Bernardino G. A. Souto*, Lilia B. Schraiber, Luiz Carlos de O. Cecílio e Mary Jane P. Spink, pela participação, no período de suas férias, na Pré-banca. Obrigada pelos enriquecedores e minuciosos pareceres que muito auxiliaram no término do trabalho.

-Aos Professores Ivan França Junior e Ana Flávia P.L. D'Oliveira, pelas contribuições relevantes no exame de qualificação.

-À Mary Jane P Spink, por ter me ensinado tanto, por ter me acolhido sempre com carinho e tranquilidade desde os tempos do mestrado e por manter abertas as portas do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da PUC/SP. Minha admiração, respeito e afeto!

-À Profa Lilia B. Schraiber, por ter possibilitado minha participação na pesquisa da OMS, na área de saúde, gênero e violência, que re-significou meu envolvimento com a questão e pela seriedade e ética que tem nos apresentado a temática.

-À Profa Augusta T. de Alvarenga, pelo zelo com que me recebeu na Faculdade de Saúde Pública e por todos os ensinamentos de pesquisa qualitativa em saúde pública.

-À Jacqueline I. M. Brigagão, pela sabedoria e encantamento que tem me apresentado as “coisas do mundo” desde a época da graduação! Pela amizade, presença, carinho e incentivo em todos os projetos de minha vida. Obrigada querida comadre!

-Ao Bernardino G.A. Souto, que acreditou, apoiou meus projetos na UFSCar e compartilhou o Projeto Rondon, e desde então, tem sido para mim, grande referência por toda sua “sensibilidade mineira”, experiência e paixão que investe no ensino e no cotidiano do SUS.

-À Verônica G. Alencar de Lima e Moura, por ter aberto as portas na Prefeitura Municipal de Campinas e acreditado que a pesquisa acadêmica poderia auxiliar no processo de aprimoramento do Programa Iluminar. Aprendi muito com sua determinação, perseverança e bravura! Agradeço o carinho e a amizade que nasceu ao longo do processo.

-Ao Dr. Aloísio Bedone e à Dra Denise Barbieri Marmo pela disponibilidade e acolhimento na UNICAMP.

- Aos amigos do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da PUC/SP, pela acolhida e discussões teóricas. À Mariana Prioli, pelo envio dos textos; à Vera, Vanda, Jack e Rafa, pela solidariedade e conversas e ao Prof. Dr. Lupicinio Íñiguez da Universitat Autònoma de Barcelona, pelos pertinentes comentários.

-As professoras da USP de Ribeirão Preto: Ana Márcia S. Nakano, Ana Maria de Almeida e Elisabeth Meloni Vieira pelas valiosas discussões em seus grupos de pesquisas na área de saúde e gênero que muito contribuíram para minha formação e experiência.

-Aos meus pais Rony e Darcy, por ensinar-me a conjugar a liberdade com respeito, e a generosidade com a coragem para enfrentar as adversidades da vida. Amo vocês!

-Aos meus queridos irmãos Karol e Helder, amigos de todas as horas para todas as questões.

-Ao Vladimir, pelo apoio, amor e companheirismo até onde foi possível.

-À família Brigagão, que me acolheu, muitas vezes, em sua casa, dividindo alegrias e boas conversas nas noites paulistanas.

-Aos funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil: Leandro, pela ajuda burocrática, escuta e amizade, e à Iara e à Maria pelo carinho.

-Aos Funcionários do Restaurante Universitário e da Biblioteca da FSP/USP, que fazem a diferença no nosso dia-a-dia com humor e presteza.

-Aos alunos da UFSCar, companheiros do “Rondon”, com quem, na lonjura do Piauí, vi nascer boas e divertidas amizades! Obrigada pelo apoio e afeição.

-Aos colegas de Departamento da UFSCar: solidários e compreensíveis.

-Às amigas e amigo da “Filô” Carla, Clarissa, Adriana, Laura e Murilo pelas contribuições e construções teóricas em nosso grupo de estudo.

-Aos amigos de Serra Azul, da Secretaria Municipal de Saúde que “entraram no barco e vestiram a camisa” e do grupo de artesanato “Tecendo a Cidadania”, que tem me mostrado o colorido de vários sonhos!

-Às minhas amigas: Cris, Isa Paula, Denise, Daniela, Márcia (comadre), Mariana, Priscila, Rudgy, Susi e ao amigo Pedro, que estiveram sempre perto apoiando, escutando os percalços e me ajudando a sacudir a poeira.

-À *Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos* por tudo que possibilitou ao me apresentar a Rede Nacional Feminista de Saúde. Obrigada pelo estímulo e amizade.

-A Maria Isabel Baltar da Rocha, querida Bel, (in memoriam) que com seu compromisso com a transformação social enriqueceu as discussões da Rede Feminista. Obrigada.

-Ao CNPq e CAPES, pelo apoio financeiro.

-E finalmente, aos profissionais do Programa Iluminar que participaram dessa pesquisa! Obrigada pela imprescindível colaboração e disponibilidade. Meu respeito, admiração e reconhecimento por todo empenho e dedicação ao Programa Iluminar.

Pedrosa CM. O cuidado às pessoas que sofreram violência sexual - desafios à inovação de práticas e à incorporação da categoria gênero no Programa Iluminar Campinas. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Resumo

Este trabalho teve por objetivo compreender como as noções de gênero estão presentes no processo de elaboração e de implantação das políticas públicas de saúde no Brasil, com foco em uma rede de atenção à violência. O trabalho está organizado em duas partes: na primeira, teórica, realizou-se uma revisão da literatura e de documentos de domínio público sobre as políticas públicas de Saúde, bem como sobre as políticas de gênero e de combate à violência contra a mulher e as interfaces desta com a Saúde. Na segunda parte foi realizado um estudo de caso tendo como foco o Programa Iluminar Campinas, uma rede criada pela Coordenadoria de Saúde da Mulher, em 2001, para atender os casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, de violência sexual em qualquer idade ou sexo e de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Buscou-se entender se a transversalidade de gênero atravessa o programa de atendimento à violência nas diferentes práticas, bem como analisar o modelo de gestão de cuidado que o programa desenvolve no cotidiano das ações. A perspectiva teórica do estudo foi a Teoria Ator Rede (TAR) que apresenta ferramentas de pesquisa para acompanhar as diversas estratégias desenvolvidas; os atores envolvidos foram ouvidos e buscou-se identificar os papéis desempenhados pelas diversas materialidades envolvidas nestas ações. Assim, a metodologia envolveu a análise de documentos, entrevistas e observações de eventos do Programa Iluminar. A análise possibilitou identificar que a organização do cuidados em Campinas tem inovado no atendimento aos casos de violência sexual, articulando diferentes setores, como Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Judiciário, Saúde e organizações não-governamentais para promover o acolhimento humanizado e diferenciado às pessoas em diversos pontos da rede de cuidados; reduzir o tempo de atendimento às urgências e emergências; possibilitar o transporte público gratuito e seguro e gerar políticas locais com os dados da notificação. O Programa agregou diversas materialidades na organização do cuidados e gerou um novo olhar para a questão da violência entre os profissionais e a população. Porém, a transversalidade da noção de gênero das diferentes ações – de forma a contemplar casos como os de violência por parceiro íntimo - ainda é um desafio a ser superado pelo Programa Iluminar, para ampliar o acesso a serviços e programas que consigam intervir na violência de gênero.

Palavras-chave: Violência de gênero, Integralidade em saúde, Avaliação de políticas públicas; Gestão do cuidado.

Pedrosa CM. Caring for people survivors of sexual violence – the challenges of practice innovation and of mainstreaming gender perspective in the Iluminar Program, Campinas Brazil. [PhD Thesis] São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública; 2010.

ABSTRACT

This study aims to understand how notions of gender are presented in the design and implementation of a public health policy in Brazil, with focus on a network on violence. The text is organized into two parts: the first part, theoretical, is a review of the literature and public domain documents on public health policies and policies on gender and violence against women, and its interface with the health sector. In the second part we conducted a case study that focused on the Programa Iluminar ('Illuminating Program'), a network created in Campinas, which was created by the Coordination of Women's Health in 2001, for dealing with cases of domestic violence against children and adolescents survivors of sexual violence at any age or sex, and commercial sexual exploitation of children and adolescents. We sought to understand whether gender mainstreaming through the assistance program to violence in their various practices and analyze the model of care management that the program develops in the daily actions. The theoretical perspective that guided the study was the Actor Network Theory (TAR), which provides tools for monitoring the various strategies developed, the stakeholders were heard and tried to identify the roles of various materiality involved in these actions. Thus, the methodology involved the analysis of institutional documents, interviews and observations of network meetings of the Iluminar Program. The analysis identified that the organization of the care network in Campinas has been an innovator in the care of patients with sexual violence, to articulate different sectors such as Education, Social Services, Public Safety, Judiciary, Health and nongovernmental organizations to promote the humane care and different people in different parts of the network of care, reduce the time to serve the emergency care, allow free public transport and insurance and generate local politics to the notification. The program has added a number of materiality in the organization of the care network and created a new look at the issue of violence among professionals and the public. However, the mainstreaming of gender concept of different actions – such as including violence by intimate partners - is still a challenge to be overcome by the Programa Iluminar to expand access to services and programs that can intervene in gender violence.

Keywords: Gender Violence, Integrality in health, Assessment of public policies and Healthcare management.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	07
1.1. DO ENCANTAMENTO AO DESAFIO: O ENCONTRO COM O TEMA.....	08
1.2 MATERIALIDADES E ATORES NO CAMINHAR DA PESQUISA.....	18
2.OBJETIVOS.....	24
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
3.1 Aproximações à Teoria Ator-Rede (TAR).....	27
O Programa Forte de Bloor como influência na TAR.....	28
As noções de Rede e Ator no contexto da TAR.....	32
O pesquisar na perspectiva da TAR.....	35
3.2 A pesquisa.....	37
Perspectiva de gênero e a violência contra mulher	40
4. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: PERCURSO E CONQUISTAS NOS PROJETOS, PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	44
4.1 A organização do movimento social de mulheres e a questão da violência.....	45
4.2 As políticas públicas e o processo de inclusão da questão de gênero na agenda governamental.....	51
4.3 A questão de gênero na agenda da reforma e das políticas públicas.....	53
A Reforma da ação do Estado no Brasil.....	53
Influência da crise mundial na agenda do Estado: redefinição das políticas de gênero.....	56
O cenário da implementação das políticas publicas de gênero.....	58
A criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres no Brasil.....	59
A Lei Maria da Penha e os avanços legais.....	62
Equipamentos Públicos para o enfrentamento à violência contra a mulher.....	64
Ações para enfrentamento da violência contra a mulher na área da saúde.....	65
5. PROGRAMA ILUMINAR CAMPINAS: DO CUIDADO INOVADOR AO DESAFIO DA INCORPORAÇÃO DA CATEGORIA GÊNERO NAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA.	72
5.1 Antecedentes do Programa Iluminar.....	73
A história sanitária de Campinas e a contribuição para inovação do cuidado às pessoas em situação de violência sexual.....	76
O Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP e sua contribuição na organização dos serviços de saúde locais.....	78
5.2 Implantação	82
As capacitações	82
O modelo Paidéia e as necessidades das pessoas que sofreram violência.....	85
Os encontros das capacitações	89

O CAISM na rede de cuidados.....	90
5.3 Organização do cuidado no Programa Iluminar	95
Debilidades e lacunas na organização do cuidado.....	98
O transporte na efetividade do atendimento.....	99
A re-organização física dos serviços e a adequação de insumos para o atendimento humanizado.....	102
5.4 O monitoramento e a avaliação das ações do Programa Iluminar.....	107
A entrada do Sistema de Notificação da Violência (SISNOV) na rede: a implantação da Ficha de Notificação.....	109
As materialidades que auxiliam a organização do cuidado na orientação do fluxo e nas notificações.....	115
Reconhecimento e desdobramentos do Programa Iluminar.....	120
6. GESTÃO E PERSPECTIVA DE GÊNERO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DO PROGRAMA ILUMINAR: AVANÇOS E DESAFIOS.....	123
6.1 A gestão inovadora do cuidado no Programa Iluminar às pessoas que sofreram violência.....	124
6.2 A perspectiva de gênero na organização do cuidado no Programa Iluminar	133
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
8. REFERÊNCIAS.....	148
ANEXOS	169

Currículo Lattes

SIGLAS UTILIZADAS

ANT– Actor Network Theory

CAISM- Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher

CEAMO- Centro de Referência e Apoio à Mulher

CNDM - Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres-

DEAMs- Delegacias Especializadas no Atendimento a Mulher.

IML - Instituto Médico Legal

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SAMU - Serviço de Atendimento Municipal de Urgência

TAR - Teoria Ator Rede

1. INTRODUÇÃO

Fonte: The Oldest Escher Collection on the Web. <http://www.mcescher.net/>

A construção de uma tese não é uma empreitada fácil; muitos são os autores que nos acompanham, e muitas histórias e experiências vão cruzando nosso percurso e mudando a compreensão sobre aquilo que nos interessa.

Há um caminho percorrido - e para entender a construção deste estudo irei compartilhar este caminho, para situar como as questões que norteiam esta pesquisa se tornaram relevantes e ganharam espaço reflexivo.

1.1. DO ENCANTAMENTO AO DESAFIO: O ENCONTRO COM O TEMA

Durante a graduação de Psicologia, pude ampliar minha compreensão crítica frente aos eventos do cotidiano e encontrei, no campo da Psicologia Social, professores e autores que auxiliaram meu posicionamento frente às desigualdades sociais. Foi através de um estágio nesta área que passei a conhecer realidades tão distintas como a de profissionais do sexo que viviam e trabalhavam em casas/chácaras de prostituição na periferia da cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo.

No estágio, realizado em 1997, sob coordenação da Profa. Dra. Jacqueline I. M. Brigagão, buscávamos estratégias para a melhoria das condições de saúde das/os profissionais, com ações mais especificamente voltadas a um projeto de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (BRIGAGÃO, BUENO e PEDROSA, 1997). Nessas interações com as/os profissionais do sexo, eu realizava grupos semanais e distribuía um *kit*, fornecido pelo Programa de Prevenção à DSTs/AIDS do município, que continha, entre outros materiais, preservativos masculinos.

Ao conversar sobre o cuidado à saúde, percebia o quanto os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) estavam distantes e “fechados” a essa população, pois eram pouco frequentados e acessados. Essas situações ocorriam, em parte, pela rotina de trabalho das/os profissionais do sexo e também pelas experiências de exclusão e preconceito vividas por elas/eles nos serviços.

O funcionamento das “chácaras de prostituição” era predominantemente noturno e as/os profissionais trocavam o turno de sono, “acordando” no final da tarde, horário em que os atendimentos na rede básica local já não eram oferecidos. Naquela época, os serviços atendiam por ordem de chegada e iniciavam a marcação pela manhã. As/os profissionais também relatavam insatisfações em relação aos atendimentos ofertados, pois os profissionais de saúde, durante os atendimentos, assumiam posturas permeadas por julgamentos e preconceitos.

Dentro das chácaras, que invariavelmente tinham quintal, um bar, uma pista de dança improvisada, cozinha e quartos, morava um grande número de profissionais do sexo. Eles mantinham um acordo financeiro com o proprietário do local, e repassavam a ele uma porcentagem de seus lucros sobre programas, além de pagar a moradia e a alimentação. Alguns proprietários faziam pressão para que as mulheres trabalhassem mais e vendessem mais bebidas. Em diversos momentos elas escolhiam ir para as margens da rodovia Anhanguera, que fica próximo ao local, a fim de aumentar seus ganhos. Porém, ficavam expostas a outros riscos e violências - como foi o caso de uma profissional que, após realizar programa com um caminhoneiro, foi atirada do veículo em movimento, teve traumatismo craniano e foi a óbito.

Os relatos que acompanhei durante o estágio possibilitaram compreender como, no contexto das desigualdades sociais, confluíam exclusões e violências de diversas ordens, dentre elas a violência na relação de exploração e dominação travada no local de trabalho e aquela praticada nos serviços de saúde.

Foi nesse primeiro envolvimento profissional que a questão da violência contra a mulher, nas suas diferentes formas, tornou-se foco de minhas reflexões e de meu interesse.

Após finalizar a graduação, participei, em 2000, do *Estudo Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Experiências de Vida*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), coordenado pelas Profas. Dras. Lilia Blima Schraiber e Ana Flávia P. L. D'Oliveira do departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/SP, em parceria com duas organizações da sociedade civil, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, de São Paulo, e SOS Corpo – Gênero e Cidadania, de Pernambuco.

Nessa ampla pesquisa sobre violência doméstica e suas repercussões na saúde da mulher, estive inserida como entrevistadora e supervisora de campo na cidade de São Paulo e pude aprofundar, através da capacitação promovida pela equipe, as noções sobre violência de gênero no campo da Medicina, Saúde Pública, Psicologia, Direito, Antropologia e História, entre outras. Esse treinamento buscou debater as complexas questões que envolvem a violência, além das questões metodológicas e éticas da pesquisa.

Dentre as prioridades do treinamento, estava a preparação adequada das entrevistadoras para uma escuta sensível e para a capacidade de referir os casos identificados, no caso de mulheres que demandassem ajuda.

No campo, cada pesquisadora usava um jaleco branco e crachá de identificação com foto e levava um *kit* que continha, entre outras coisas, os formulários de pesquisa e um guia de serviços, que distribuímos às mulheres participantes. Eu levava também um diário de campo onde, durante o intervalo, dentro da *van* (que era nosso veículo de apoio) ou na sombra de qualquer praça, anotava as histórias, das mulheres e da equipe, que iam alimentando minha motivação para compartilhar aquelas experiências para além do compromisso assumido com a coordenação da equipe.

A entrada na casa das mulheres com um formulário mediando nossa relação aparecia, em meu diário, como mais que uma ferramenta de pesquisa; as respostas geravam dados, mas também surpreendiam e me transformavam. A cada formulário preenchido, emergiam novos sentidos sobre a violência contra a mulher.

Ao final de cada entrevista entregávamos o pequeno guia, que continha endereço e telefone dos serviços especializados, por regiões de São Paulo, os quais ofereciam atendimentos gratuitos às mulheres em situação de violência. O guia, discreto e cuidadosamente estruturado pela coordenação da pesquisa, fora projetado para que as mulheres pudessem guardá-lo em lugares seguros, sem muito alarde. O guia foi muitas vezes “guardado” quando eu ainda estava dentro da casa, e os lugares escolhidos eram os mais diversos: dentro do sutiã; sob o pacote de sabão e até dentro da lata de arroz. Lugares que até então, nas minhas vivências, não havia pensado ser “espaços seguros”.

Os formulários não tinham tempo uniforme de preenchimento. Histórias de vida longas ou experiências curtas e resumidas intercalavam presença ou não de violência na vida das mulheres. Numa casa, na periferia de São Paulo, ao entrevistar uma moradora que não havia relatado ter vivenciado situações de violência durante a vida, quase no final do preenchimento do formulário, começamos a ouvir um ruído estranho vindo do quintal. Naquele instante, a filha da entrevistada entrou na sala gritando, avisando que o cachorro estava “comendo o próprio rabo”. Foi uma correria para entender o que estava acontecendo e o que fazer. Guardei todos os materiais de pesquisa na bolsa e, identificada com a situação (porque tenho muito zelo por cães) fui “convidada” a participar do socorro ao bicho. A cena era apavorante. De fato, o cachorro, de pequeno porte, se autoflagelava. Juntas, as três fomos intervir. Após o ocorrido, e um tanto impactadas, nos recompomos e tomamos suco. Ao retomarmos ao formulário, ela solicitou que voltássemos ao início, pois havia se lembrado de uma resposta “incompleta” e, para minha surpresa, naquele momento, ela começou a descrever uma situação intensa de violência perpetrada pelo companheiro atual, com detalhes de muito sofrimento, modificando completamente todas as questões a que havia respondido anteriormente.

Exemplos como este me impulsionaram, ainda mais, a buscar a compreensão acerca de como o relato das violências vividas precisam, muitas vezes, de espaços diferenciados de interação, principalmente quando se trata de violência contra a mulher. Quais são os elementos que vão compondo as interações para abrir espaços, dar visibilidade e possibilitar um relato ou um pedido de ajuda?

Ao me posicionar, seja como estagiária de psicologia ou pesquisadora da OMS, assumi compromissos frente às situações que me foram relatadas. Vários foram os dispositivos que mediaram minhas ações: uma roda em baixo do pé-de-jaca na chácara de prostituição; um *kit* de camisinhas para profissionais do sexo; a conversa e o preenchimento do formulário da OMS; a orientação e entrega do guia de serviços especializados, entre outros. Todos eles, na minha compreensão, fazem parte de uma rede de sentidos, que colocam em movimento meu compromisso em co-construir ações que modifiquem as situações de desigualdades e violências.

Nessas ações, busquei reduzir a distância entre os diferentes espaços sociais que nos cercavam. Ao me adequar aos horários das/os profissionais do sexo para

construir uma intervenção, ou compartilhar uma situação de socorro ao cachorro, percorri atalhos que me deram pistas para as possibilidades de estabelecer relações de respeito e cuidado. A compreensão de outros elementos que nem sempre estavam “pré-definidos” na elaboração das práticas me possibilitou outra leitura das materialidades que compõem as interações, principalmente quando a violência contra mulher esta presente.

O Estudo Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Experiências de Vida, tinha como prioridade o acolhimento tanto das entrevistadoras, como das entrevistadas. Esse desenho metodológico de pesquisa destacava a necessidade de cuidado ativo às profissionais envolvidas na escuta, e diversas estratégias foram estruturadas com respeito a este suporte. Íamos para o campo de pesquisa em uma *van* devidamente preparada para se transformar em um escritório ambulante onde, além das reuniões de equipe, poderíamos realizar entrevistas, caso a residência não se configurasse como local adequado, por falta de segurança ou por não oferecer privacidade. A equipe também dispunha de uma supervisora de campo e uma profissional especializada, da área de psicologia, que circulava entre as diferentes equipes. Mas, ao final de cada dia, voltávamos para a base de pesquisa na Faculdade de Medicina da USP para a entrega dos materiais. Ao chegarmos, éramos recebidas com um delicioso lanche!

Ali, as equipes, vindas de todos os cantos se reuniam, com grande excitação, e contavam o que havia ocorrido naquele dia. A mesa informal, adaptada numa sala de aula, comportava sanduíches, sucos, café e bolos. Era um espaço de encontro, de cuidado; um lugar delimitado, aonde só entrava quem participava da pesquisa. Esse era um espaço que também servia para neutralizar a tensão e o cansaço que nos acompanhava. Nem sempre era preciso dizer ou escutar; o espaço era vivido como mais uma estratégia de cuidado.

Essas estratégias foram muito importantes: nos uniram, fizemos amizades até hoje presentes; guardamos as fotos tiradas no campo, trocamos e-mails e às vezes nos encontramos.

Assim, após participar da pesquisa voltei meu interesse para a compreensão de como os serviços que atendem aos casos de violência contra mulher estruturam as estratégias de cuidado aos profissionais. Considero que essas estratégias são

importantes dispositivos para a manutenção e coesão das ações. Mas, frente à escassa publicação científica sobre o tema no Brasil, voltei-me a outra questão, que também me instigava nessa caminhada: os sentidos da violência presentes nos discursos dos diferentes profissionais que atuam no campo da saúde.

Para tanto, em 2001, iniciei o mestrado em Psicologia Social com orientação da Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink. Pautada na noção de que nossas ações são orientadas pelos sentidos e pelas práticas discursivas, entrevistei profissionais de diversas categorias. Os participantes trouxeram questões tais como a ausência na formação profissional de discussões sobre saúde e violência e outros aspectos a elas associados, como: gênero, raça/etnia e o contexto psico-social das usuárias. Um outro aspecto muito presente nos discursos dos profissionais foi a vivência de uma forte mobilização emocional gerada pelo contato com situações de violência (PEDROSA e SPINK, 2009)¹.

Foi também durante o Mestrado, participando do Núcleo Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, coordenado por Mary Jane, que entrei em contato com a abordagem construcionista. Essa abordagem possibilitou o reposicionamento frente à construção do conhecimento, pois questiona as verdades acatadas e a noção que o conhecimento não é imparcial. Essas características do construcionismo fazem com que qualquer fato tomado como verdade possa ser problematizado, buscando sua origem, seu processo de construção e os efeitos que gera: a quem beneficia, a quem prejudica e porque aparecem em determinados momentos e não em outros (ÍÑIGUEZ, 2002).

O movimento construcionista, segundo SPINK (1999), nasceu num solo epistemológico e político caracterizado pela contestação às perspectivas objetivistas que tendem à naturalização, essencialização e reificação dos fenômenos. E, como atitude crítica a respeito das verdades instituídas, visa transformação, abertura e convivência com a complexidade e multiplicidade.

Compreender o conhecimento como resultado de um contexto histórico e cultural e a importância de analisar no contexto sua eficácia, função e utilidade, ao

¹ Pedrosa, C.M.; Spink, M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica (Artigo submetido em revista científica).

invés de entendê-lo como um conhecimento universal, me possibilitou pensar ações de saúde de um outro foco, ressignificando assim minha prática no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao finalizar o Mestrado, em 2003, já reconhecia a importância de pensar outras materialidades envolvidas no cuidado. Os profissionais entrevistados enxergavam as diversas materialidades presentes, como o olho roxo e a torção no braço, como sinais da violência; porém, a intervenção ficava à espera do relato, da explicitação da violência pela mulher.

Muitas questões e novos desafios me instigaram a voltar para a assistência no SUS, para compartilhar e trazer ao cotidiano dos serviços as reflexões teóricas assim construídas. Retornei a Serra Azul, pequena cidade com oito mil habitantes, próxima a Ribeirão Preto, onde havia auxiliado, como assessora técnica, a estruturação de atendimentos psicológicos em uma Unidade Mista de Saúde. Assumi a coordenação do Serviço de Psicologia para facilitar a articulação das ações intersetoriais com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, o Conselho Tutelar, a Secretaria da Assistência Social, Educação e Meio Ambiente, norteadas sempre pela necessidade de incorporar transversalmente as questões de gênero e trazer o enfrentamento da violência contra a mulher para nossas ações.

Norteadada pela abordagem construcionista, onde conhecimento e ação são indissociáveis, busquei inserir estratégias co-construídas com a comunidade, valorizando o saber local. Projetos como o *Tecendo a Cidadania* (PEDROSA, 2006)², desenvolvido inter-secretarias, voltado às mulheres em situação de vulnerabilidade social, com enfoque de geração de renda na prática de artesanato, foi incorporado como um programa municipal em co-gestão com a comunidade e se manteve mesmo após mudanças de gestão municipal.

Trazer a questão da violência de gênero como um eixo transversal das ações desenvolvidas nos diferentes espaços do município gerou outras demandas, como a capacitação profissional e a articulação, na região, da rede local de serviços especializados. Com muito trabalho e poucos recursos, objetivando trabalhar essas

²PEDROSA, C. M. *Tecendo a Cidadania*. In: Anais da I Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS - EXPOGEST, 2006, Brasília.

novas demandas, concorri a uma bolsa da Fundação MacArthur, que incentivava a formação de lideranças feministas em ações sociais. Ao ser aprovada, em 2004, no Programa Gênero, Reprodução, Ação e Liderança (GRAL), desenvolvi o projeto *Ações de Promoção dos Direitos e Prevenção da Violência: a Implantação de um Projeto de Notificação de Violência Contra a Mulher*. Foi então que me voltei mais especificamente para a reflexão sobre a notificação de violência contra a mulher como uma possível estratégia de dar visibilidade à questão.

O Ministério da Saúde já havia sancionado, em 2001, a Lei nº. 10.778, que estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Porém, era notório que, após quase três anos, a maior parte dos municípios brasileiros não estava preparada e não havia iniciado a notificação. Na região de Serra Azul, através das reuniões com a Vigilância Epidemiológica, na antiga Divisão Regional de Saúde (hoje Departamentos Regionais de Saúde – DRS) que tem sede em Ribeirão Preto e agrega 26 municípios, víamos que as dificuldades e desafios frente à notificação eram semelhantes nas diferentes cidades.

Assim, em Serra Azul, para trabalhar com a notificação, começamos gradualmente, com problematizações setorializadas, capacitações intersetoriais e articulações com os serviços especializados da região. Norteada pelas experiências já desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa e Intervenção Violência e Gênero nas Práticas de Saúde, do Departamento de Medicina Preventiva da USP em São Paulo, fui construindo nossas intervenções com as/os profissionais de saúde, estas baseadas nas realidades e possibilidades locais (PEDROSA, 2009).

Após um ano e dois meses do início das atividades, percebemos que várias ações no campo do enfrentamento à violência contra a mulher estavam enfraquecidas, dentre elas, a notificação da violência. Alguns aspectos eram evidentes e contribuíam para o quadro, como: a mudança de gestores, a precarização das condições de trabalho, o grande “rodízio” de profissionais tanto na área da saúde como nas áreas de educação e segurança pública.

No processo de implementação da notificação inúmeras parcerias foram construídas e, dada a característica do pequeno município, essas aproximações tinham algumas facilidades; porém, para que a rede de atendimento se mantivesse

ativa e eficiente era necessário o monitoramento, avaliação e envolvimento contínuo dos integrantes dessa rede. Para tanto, é necessário tempo de conversa entre profissionais e serviços; monitoramento da qualidade dos atendimentos, capacitações frequentes, investimentos de recursos, entre outras inúmeras ações que demandam discussões políticas e disponibilidade dos gestores.

Observei que as equipes que mantinham ativas as ações de enfrentamento à violência tinham o ato de notificar como um elo de outras ações. Por exemplo, a equipe de Saúde da Família, ao se reunir para discutir as fichas de notificação, promovia um exercício conjunto de preenchimento dos dados, mas isso também gerava discussões sobre o contexto social, as vinculações com a equipe e com os serviços. Produzia reflexões da própria dinâmica intra-equipe, dos dispositivos municipais e da política local.

Através da notificação, se falava muito sobre a violência que as mulheres usuárias dos serviços vivenciavam; também foi frequente escutar o relato das próprias profissionais de saúde, trazendo suas experiências. Elas buscavam ajuda, individualmente, no Serviço de Psicologia, ou relatavam nos espaços dos grupos de equipe situações crônicas de violência que vivenciavam no ambiente familiar.

A ficha de notificação também gerou práticas, que ainda não estavam incorporadas na agenda dos serviços que compunham a rede. Por exemplo, reuniões envolvendo a Polícia Militar, o Conselho Tutelar e o Setor Saúde para discussões de casos. Nessas ocasiões as informações se complementavam e possibilitavam proposições contextualizadas e inseridas na realidade da população.

A ficha era preenchida manualmente pelas equipes e enviada a uma profissional responsável pela digitação no banco de dados. Essa operacionalização nem sempre se apresentava isenta de preocupações, pois reiteradamente era preciso trabalhar no âmbito administrativo a questão do sigilo e respeito. Em um município desse porte, a convivência e conhecimento entre os profissionais e usuários é bastante estreita e as relações se cruzam em diferentes esferas - como a familiar, religiosa e profissional - e ao se tratar de dados que envolvem a violência onde o parceiro íntimo/ marido/companheiro é o autor da agressão, as informações costumam causar estranhamentos e curiosidades.

Foi assim que, estando envolvida em diversas experiências, novas questões foram se abrindo para mim. Diante dos entraves, no âmbito da gestão, comecei a me interessar pela área de gestão dos serviços e de formulação de políticas públicas, tendo sempre a violência de gênero como eixo de interesse. Foi assim que ingressei no Doutorado, em 2006, com o desejo de compreender como, no Brasil, vem sendo estruturado e incorporado nas gestões dos serviços a atenção às mulheres que sofreram violência e como a elaboração de políticas de saúde tem dialogado transversalmente com as questões de gênero.

Vislumbrei a Faculdade de Saúde Pública como um espaço onde eu poderia incrementar a discussão sobre a perspectiva crítica de organização e prestação de serviços públicos de saúde para mulheres. Assim, na área de concentração Saúde Materno-Infantil, hoje renomeado como Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, sob orientação da Profa. Dra. Carmem Simone G. Diniz, iniciei a reflexão sobre como as políticas de saúde para as mulheres contemplavam, nos modelos de gestão em saúde, a violência de gênero. Optei por estudar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, tendo como foco os desafios na implantação da ficha de notificação da violência contra a mulher nos Serviços de Saúde, por considerar que a ficha de notificação possibilitaria olhar a gestão da política voltada às mulheres.

Inicialmente, havíamos escolhido quatro cidades: São Paulo, Campinas, Ribeirão Preto e Santos para fazer um estudo comparativo do processo de implantação da ficha, mas ao desenhar o trabalho de campo, devido ao longo tempo que seria necessário, definimos que o processo de implantação da ficha de notificação seria analisado apenas com Campinas.

A cidade já possuía um programa público para atendimento aos casos de violência sexual e contava com um sistema de notificação da violência próprio.

Ao apresentar o projeto na qualificação, o Prof. Dr Ivan França Junior e a Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira trouxeram importantes contribuições ao discutirem a complexidade que acompanha uma ficha de notificação nesta área e a implicações de notificar violência de gênero como um instrumento da Vigilância Epidemiológica.

Essas reflexões me possibilitaram um novo olhar para a questão e, ao iniciar a coleta de informações, constatei que os dados de violência contra a mulher nas notificações em Campinas estavam focados na violência sexual, e que a notificação não possibilitaria compreender a gestão do cuidado na rede do Programa Iluminar.

Os objetivos iniciais do projeto foram assim ampliados e inclui alguns aspectos, que considerei relevantes nessa análise: a transversalidade de gênero e a organização do cuidado às mulheres. Compreendi que para analisar a ficha de notificação era necessário expandir esse cenário, pois a transversalização de gênero amplia a compreensão de tal dinâmica em uma política de cuidado.

Foi trilhando esse percurso que cheguei até o presente trabalho. Os relatos, documentos e observações trouxeram muitos atores e materialidades interagindo na construção do Programa Iluminar, e para compreendê-los escolhi a Teoria Ator-Rede, a nortear a construção da pesquisa.

1.2 MATERIALIDADES E ATORES NO CAMINHAR DA PESQUISA

Em meu percurso acadêmico ao acompanhar as leituras do Núcleo Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, da PUC/SP, me deparei com uma nova perspectiva teórica para compreender a ciência. A *Actor Network Theory* (ANT) - traduzida no Brasil como Teoria Ator Rede (TAR) foi desenvolvida por autores como Bruno Latour, John Law e Anne Marie Moll, que começaram seus estudos na Sociologia da Ciência e da Tecnologia e propõem que o conhecimento é um produto social e não algo produzido através de operações de um método científico privilegiado. Particularmente, estes autores argumentam que o “conhecimento”³ é produto ou efeito de uma rede de materiais heterogêneos (LAW, 1992). Para a TAR, os seres humanos estabelecem redes não apenas porque interagem com outros seres

³ O autor coloca conhecimento entre aspas por considerar que conhecimento assume formas materiais; ele pode aparecer como uma fala, ou como apresentação numa conferência, em artigos, livros, patentes; ou ainda aparece na forma de habilidades incorporadas em cientistas e técnicos (LATOUR E WOOLGAR, 1979).

humanos, mas porque interagem também com não-humanos (QUEIROZ e MELO, 2007).

Segundo LAW (1992), todas nossas interações com outras pessoas são mediadas através de objetos. Essas várias redes de objetos participam do social, ajudando a moldá-lo. Assim, o social é uma rede heterogênea, constituída não apenas de humanos, mas também de não-humanos, de modo que ambos devem ser igualmente considerados. Na TAR não há o mundo das coisas em si de um lado e o mundo dos homens de outro, pois para eles, natureza e sociedade são ambas efeitos de redes heterogêneas. Assim, a TAR busca romper com a tradição que coloca a ciência como uma atividade purificada e independente das vicissitudes do cotidiano (TSALLIS e cols, 2006). Foi observando as materialidades que estiveram presentes em meu percurso e no Programa Iluminar, que encontrei na TAR uma interlocução teórica mais apropriada para minhas reflexões.

Para a TAR os materiais são constituídos interativamente; fora das interações eles não têm realidades nem existência. As pessoas também são efeitos relacionais, elas podem ou não ser atores na rede de interações e os atores nesta rede podem ser também não-humanos (SPINK, 2003). A teoria nos permite conhecer uma multiplicidade de materiais heterogêneos conectados em forma de uma rede que tem múltiplas entradas, está sempre em movimento e aberta a novos elementos que podem se associar de forma inédita e inesperada. Todos os fenômenos, como citou QUEIROZ e MELO (2007), são efeitos dessas redes que mesclam simetricamente pessoas e objetos, dados da natureza e dados da sociedade, oferecendo-lhes igual tratamento.

Para ilustrar, dentro de meu percurso, como as materialidades produzem efeitos nas nossas interações, a experiência de estágio em Ribeirão Preto pode ser útil. O *kit* que eu distribuía, com camisinhas, materializa minha preocupação em co-construir estratégias de prevenção às DSTs/AIDS, um cuidado, que performava meu lugar naquela interação. As/Os profissionais me recebiam para conversar e gostavam de receber o *kit*. Porém, o *kit* tinha outros efeitos (para além da prevenção) em outras interações das/os profissionais. Alguns vendiam as camisinhas aos seus clientes, acrescentando um valor ao programa; outros as trocavam com o dono da chácara por cigarros, ou as abatiam do valor da comida, e alguns as utilizavam nos programas ou

quando saíam com os respectivos namoradas/os. Essas materialidades produziam outros efeitos dentro das redes, que davam novos sentidos aos preservativos para além de suas funções na prevenção das doenças.

Outro exemplo é o uso do jaleco branco no campo de pesquisa do estudo da OMS. Ao entrar em um bairro, a equipe de mulheres vestidas de branco era rapidamente significada, pelos moradores, como interlocutoras da área da saúde; isto facilitava o acesso às lideranças comunitárias (que eram contatadas antes de se iniciar o trabalho de campo) e até mesmo na abordagem para a entrevista nas casas. O jaleco, em locais onde integrantes do tráfico “controlavam” a circulação de pessoas estranhas ao bairro, também servia como elemento de proteção. Assim, caminhávamos sob o olhar atento de seguranças armados com suas metralhadoras, posicionados sobre as lajes das casas, mas o jaleco branco nos dava a permissão de entrar no bairro e fornecia uma suposta segurança. A *van* de apoio nunca sofreu uma revista, diferentemente de outros automóveis, que víamos entrar no bairro e serem abordados pelos líderes locais.

O mesmo jaleco, se usado dentro de um hospital ou unidade de saúde, poderia ter outro efeito, como nos posicionar na disputa de espaço com outros “profissionais de branco” - resultado da dificuldade de se “dividir” os locais para a realização da entrevistas, entre outras características que noto ao pesquisar em serviços.

Essas materialidades contribuem para o ordenamento do social. Para os autores da TAR, se esses materiais desaparecessem também desapareceria aquilo que às vezes chamamos de ordem social, a “ordem seria um efeito gerado por meios heterogêneos” (LAW, 1992: 31). Porém, Law ressalta que o argumento do ordenamento material do social não deve ser tratado de forma reducionista; que traz em última análise, as relações entre as máquinas ou as relações humanas são determinantes: que uma determina a outra. No entanto, embora esses reducionismos sejam diferentes, eles têm dois efeitos comuns: primeiro, eles separam o humano do técnico; segundo, eles assumem que um determina o outro.

Na TAR não há este reducionismo. Para os autores não há razão para assumir, *a priori*, que objetos ou pessoas determinem o caráter da mudança ou da estabilidade social em geral. Em casos particulares, relações sociais podem moldar

máquinas, ou relações com as máquinas moldar seus correspondentes sociais. Mas, Law argumenta que isso é uma questão empírica, e frequentemente são mais complexas; assim, ele usa uma frase de Langdon Winner, “os artefatos podem ter políticas, sim”. Mas não é possível explicar o caráter dessas políticas de antemão já que essas são todas questões contingenciais (LAW, 1992).

Certa vez, no serviço de saúde da cidade de Serra Azul, fui chamada para acompanhar uma discussão que se desenrolava na sala de espera, entre uma usuária e a atendente de recepção. A conversa, que assumia um tom agressivo, indicava que a funcionária iria chamar a polícia para intervir na situação, pois a usuária do SUS havia trazido consigo, para a consulta, uma “podão⁴” que utilizava em seu trabalho na lavoura. A cidade, que comporta um grande número de profissionais que trabalham no corte da cana-de-açúcar, traz aos serviços de saúde inúmeros adoecimentos provenientes da condição de trabalho, que geralmente é extenuante.

Esta mulher havia buscado, dias antes, o serviço de saúde, por apresentar uma “forte dor na coluna”. Ao ser atendida pelo profissional, recebeu uma medicação e atestado médico somente para o dia de atendimento. Ela questionou o profissional sobre a dificuldade de voltar ao trabalho, dentro dos próximos dias, relacionando a dor com a postura e os instrumentos de trabalho. Mesmo assim, houve a negativa de justificar, através do atestado, o afastamento do labor. Passado três dias da consulta, ela continuava “travada, com fortes dores” e, impossibilitada de voltar para a lavoura, corria o risco de ser demitida. Resolveu então levar seu instrumento de trabalho para apresentar ao médico. O ato foi identificado pela atendente de recepção como uma “tentativa de agressão, um risco ao profissional”.

Ao trazer para o serviço de saúde o podão, a mulher buscava materializar a sua queixa, compartilhar o peso do objeto com o profissional e negociar seu direito. Na compreensão dela, somente assim ela conseguiria acessar outra comunicação, rompendo a diferença, que ela imaginava estar presente entre as duas realidades sociais: de quem vivia trabalhando no sol, com objetos pesados, suja de terra e com calos nas mãos, e de quem manipulava objetos delicados, vestido de branco, em uma sala refrigerada e protegida por diversas portas.

⁴ Podão é um instrumento que contém uma lâmina recurvada, cortante, maior que o cabo de madeira.

As materialidades são todos estes elementos que mediam as relações: a sala refrigerada, o podão, o atestado, o carimbo médico, a carteira de trabalho, as cartelas de remédios, a ficha de notificação, infinitos elos que vão produzindo efeitos nas interações, construindo fatos. Na TAR a realidade na qual vivemos é performada em uma variedade de práticas. Estas práticas interferem umas nas outras e revelam conexões parciais (SPINK e CORDEIRO, 2009).

Nesta perspectiva, as organizações são os efeitos de interação entre materiais e estratégias. Assim, as questões que a TAR coloca são: quais os tipos de elementos heterogêneos criados ou mobilizados e justapostos para gerar os efeitos organizacionais? Como eles são justapostos? Como são superadas as resistências? Como é, se for o caso, que a durabilidade material e a transportabilidade necessária ao ordenamento organizacional das relações sociais são obtidos? Até onde vão essas redes? Quão amplamente elas são performadas? Como interagem?

Enfim, inúmeras questões se voltam para compreender as estratégias usadas para a construção e fabricação dos fatos. O que interessa não é a aplicação de um quadro de referência no qual podemos inserir os fatos e suas conexões, mas uma perspectiva que nos permite seguir a produção de diferenças, dos efeitos, e os rastros deixados pelos atores (MORAES, 2003).

Será, portanto, a partir desta perspectiva que buscarei seguir os atores, humanos e não-humanos, na construção do Programa Iluminar Campinas.

A escolha do Programa Iluminar para ser um estudo de caso neste trabalho se deu pelas seguintes razões:

a) Por ser ter sido premiado no Programa Gestão Pública e Cidadania, da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP) em 2005, e pela Associação Paulista de Medicina, em 2007, como uma boa prática em saúde;

b) Por ser um programa da Coordenadoria de Saúde da Mulher, que promove a notificação da violência, já que o que me interessava era entender de que modo as relações de gêneros estão contempladas nas ações do programas.

c) Por apresentar nos objetivos centrais o cuidado em saúde, o que poderia ampliar a discussão sobre a gestão do cuidado no campo da saúde da mulher.

Deste modo, por ser considerado uma política pública inovadora no âmbito municipal, o Programa Iluminar possibilitaria uma discussão sobre a articulação entre política pública de saúde, gênero e violência.

Os resultados deste trabalho de pesquisa serão organizados da seguinte maneira: iniciarei apresentando os objetivos do estudo e seguirei para a discussão metodológica. No capítulo 04 buscarei contextualizar o modo como a violência contra a mulher tem sido tratada no Brasil e o histórico da violência contra a mulher nos projetos, programas e políticas públicas no Brasil. No Capítulo 5 apresentarei a análise de nosso estudo de caso: O Programa Iluminar cuidando das vítimas de violência sexual, e finalizarei com a discussão e as considerações finais.

2. OBJETIVOS

Os objetivos da pesquisa ficaram assim definidos:

- 1- Resgatar a trajetória histórica de conquistas, em relação a violência contra mulher, nos projetos, programas e políticas públicas no Brasil.
- 2- Compreender como a categoria gênero está presente no processo de elaboração e de implantação das políticas públicas de saúde no Brasil, com foco na questão da violência contra mulher.
- 3-Compreender se a transversalidade de gênero está presente em um programa municipal de atendimento as pessoas que sofreram violência, nas diferentes práticas, como a notificação da violência.
- 4- Analisar uma política pública municipal de atenção às pessoas que sofreram violência sexual, na cidade de Campinas, interior de São Paulo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. APROXIMAÇÕES À TEORIA ATOR-REDE (TAR)

A Teoria Ator-Rede (TAR) propõe acompanhar e discutir os atores e os produtos da tecnociência no momento de suas ações (TIRADO e DOMENECH, 2005). Ao iniciar a aproximação com a TAR será apresentado o percurso que Bruno Latour, um dos formuladores da perspectiva teórica, fez durante a construção da abordagem.

Em 1973, após finalizar o curso de Filosofia, Latour passou dois anos na Costa do Marfim, prestando serviço militar e atuando como encarregado de pesquisa, na área de investigação em Sociologia do Desenvolvimento. Durante esse período Latour interessou-se pelas Ciências Sociais e, em especial, pela Antropologia, e iniciou a reflexão sobre a possibilidade de transpor as mesmas categorias de análise para uma investigação similar em um laboratório científico. Mudou-se para os Estados Unidos, onde iniciou sua primeira pesquisa de campo sobre a prática científica, empenhado a compreender o que fundamenta a verdade científica (FREIRE, 2006).

O autor tornou-se referência no estudo das ciências e das tecnologias. Como integrante do grupo de pesquisadores de Paris no campo da Sociologia das Ciências, juntamente com Michel Callon, propôs a “criação de uma nova disciplina transversal, situada na interseção das Ciências Exatas e da Sociologia, assumindo como objeto de estudo os processos que emergem da inovação científica e técnica: a chamada Antropologia das Ciências (FREIRE, 2006, p.47)”.

Os autores, nos anos 1980, a partir da reflexão e crítica da Sociologia da Ciência convencional e de suas investigações empíricas nos campos científico e técnico, desenvolveram um novo marco de análise sobre a ciência e a tecnologia.

As duas principais fontes de influências de Latour e Callon são a Filosofia da Ciências apresentada por Michel Serres, de quem tomaram o conceito de tradução, e o Programa Forte em Sociologia do Conhecimento trazido pelo filósofo-sociólogo David Bloor (FREIRE, 2006). Outras influências são identificadas nos trabalhos destes autores: a noção de rizoma de Deleuze e Guattari, e a noção de dispositivos de Michel Foucault.

Latour, em seu primeiro livro em parceria com Steve Woolgar, “A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos”, criticou os estudos sobre a ciência na medida em que mantêm intacta a separação entre o conteúdo científico e o contexto social: “é como se contexto e conteúdo fossem dois líquidos que podemos fingir misturar pela agitação, mas que se sedimentam tão logo deixados em repouso” (LATOUR e WOOLGAR, 1997: 20).

Seguindo o percurso de Latour até a formulação da antropologia simétrica FREIRE (2006) relata como o autor propõe uma extensão do Programa Forte formulado por David Bloor, quando “coloca em parênteses ao mesmo tempo nossas crenças sobre a ciência e sobre a sociedade” (2006:48).

O Programa Forte de Bloor como influência na TAR

Bloor havia iniciado, em 1976, o desenvolvimento de um programa de investigação social com o objetivo de descobrir, em diferentes épocas, as causas que levam distintos grupos sociais a selecionar determinados aspectos da realidade como objeto de estudo e explicação científica. Com, esse programa, segundo FREIRE (2006), ele tornou possível, considerar o trabalho dos cientistas como uma construção social, influenciada tanto por aspectos internos da própria comunidade científica, como por aspectos externos da sociedade a que pertencem.

Bloor nomeava “programa fraco” a ideia de que bastava cercar a “dimensão cognitiva” das ciências com uns poucos “fatores sociais” para ser chamado de historiador ou sociólogo das ciências. Já o “programa forte”, que ele propunha, trazia a ideia básica de que qualquer estudo de sociologia ou história das ciências deveria levar em conta tanto o contexto social quanto o conteúdo científico.

Para abordar estes dois aspectos, o autor sugeriu, o princípio programático da simetria, que significava reconhecer que os mesmos tipos de causas devem explicar tanto as crenças valorizadas como verdade, quanto as crenças rechaçadas, uma vez que não há diferença essencial entre verdade e erro. Assim, para o autor as explicações sociais, psicológicas e econômicas deveriam ser empregadas

simetricamente, de modo a tratar, nos mesmos termos, os vencedores e os vencidos da história das ciências.

Latour e Callon, a partir dessa influência, propuseram um Princípio de Simetria Generalizada, no qual tanto a natureza quanto a sociedade deveriam ser explicadas a partir de um quadro comum e geral de interpretação (FREIRE, 2006). LATOUR (1994), ao propor uma antropologia simétrica, defendeu que, além do erro e da verdade, também a natureza e a sociedade devem ser tratadas sob um mesmo plano e nunca separadamente; assim considera também que não haveria entre elas diferença em espécie. Não há, para esses autores, o mundo das coisas em si, de um lado, e o mundo dos homens entre si, de outro, pois para eles, natureza e sociedade são ambas efeitos de redes heterogêneas. Isso não significa que suas redes sejam compostas pelos mesmos elementos, mas sim que podem ser descritas da mesma maneira; tratadas sob os mesmos termos.

Para DOSSE (2003), o Princípio de Simetria Generalizada parte da necessária explicação simultânea da natureza e da sociedade - ao contrário do hábito de se fazer recair exclusivamente sobre a sociedade todo o peso da explicação, o que resulta na permanência de um esquema assimétrico.

Latour e Callon questionaram, com esse princípio, as “grandes divisões” e propuseram ultrapassar a dupla separação moderna entre os humanos e os não-humanos, defendendo a igual importância de tratamento para a produção de ambos, estudando-os ao mesmo tempo. Os autores assumem que tudo o que há é interação, e vão mais além ao reivindicarem uma simetria total entre os humanos e os não-humanos.

LATOUR utiliza o termo “não-humano” para se referir aos materiais, equipamentos e artefatos de inscrição e armazenamento dos dados científicos, apontando que estes só podem ser pensados em suas relações com os humanos. Esta definição, para o autor, só significa alguma coisa na diferença entre o par “humano-não humano” e a dicotomia sujeito-objeto. Ressalta que o par humano-não-humano não constitui uma forma de “superar” a distinção sujeito-objeto, mas uma forma de ultrapassá-la completamente” (2001: 352).

Para Latour, em termos metodológicos, a única maneira de compreender a realidade dos estudos científicos é acompanhar os cientistas em ação, já que a ciência

está fundada sobre uma prática, e não sobre idéias. Para tanto, destaca FREIRE (2006), é necessário prestar atenção aos detalhes da prática científica. Em um laboratório, o exame das atividades habituais possibilita ver como os gestos aparentemente mais insignificantes contribuem para a construção social dos fatos, evidenciando o caráter idiossincrático, heterogêneo, local e contextual das práticas científicas (LATOUR e WOOLGAR, 1997).

Latour nega a própria separação entre o “lado de dentro” e o “lado de fora” do laboratório. Para ele, a atividade científica tem por natureza uma dimensão coletiva, pública, de modo que a construção de fatos e máquinas somente se viabiliza através da conjugação de interesses e mobilização de um grande número de aliados (FREIRE, 2006).

Nessa proposta a ciência não se universaliza, apenas sua rede se estende em grandes proporções e se estabiliza. Como “ponto de estabilização” os autores definem “o momento em que o enunciado desembaraça-se de todos os determinantes de tempo e lugar e de qualquer referência àqueles que o produziram, assim como ao processo de sua produção” (LATOUR e WOOLGAR, 1997: 192).

Ao comparar a construção de fatos a um jogo de rúgbi, Latour diz que uma afirmação, assim como a bola de rúgbi, está sempre em situação de risco, aguardando ser pega por algum jogador para sair do estado de estagnação. Para que ela se mova, é necessário que haja uma ação, que alguém a pegue e a atire, sendo que o seu arremesso dependerá da hostilidade, velocidade, habilidade ou tática dos outros. Assim como no jogo de rúgbi, a construção de fatos é um processo coletivo em que o objeto é transmitido de um ator para outro, com a diferença de que na prática científica a afirmação vai se constituindo e se transformado à medida que passa de mão em mão (FREIRE, 2006).

O autor empresta da cibernética a expressão caixa-preta para designar os fatos científicos tomados como incontestáveis como, por exemplo, a dupla hélice do DNA. Para ele, fazer um “*flashback*” dessas caixas-pretas certinhas, frias e incontestáveis, permite revelar as incertezas, trabalhos, decisões, concorrências e controvérsias produzidas no processo de sua construção (FREIRE, 2006).

Para Latour, todos os atores estão fazendo algo com a caixa-preta, não a transmitem pura e simplesmente, mas adicionam elementos seus ao modificarem o

argumento, fortalecê-lo e incorporá-lo em novos contextos (LATOUR, 2000). Assim, o *status* de uma afirmação depende sempre das afirmações seguintes, do que se faz depois com ela, se ela é tornada mais fato ou ficção.

Entretanto, descreve FREIRE, não basta aos cientistas fazer com que os outros simplesmente tomem a afirmação em suas mãos, é necessário evitar que eles a transformem tanto ao ponto de torná-la irreconhecível. Assim, torna-se ainda mais complexa a tarefa dos cientistas de transformar uma alegação em um fato científico.

Latour chamou de tradução a operação onde ocorre a “interpretação dada pelos construtores de fatos aos seus interesses e aos das pessoas que eles alistam”. Este conceito tem grande importância, a ponto de a Teoria Ator-Rede também ser conhecida como sociologia da tradução (LAW, 1992).

Traduzir significa deslocar objetivos, interesses, dispositivos, seres humanos. Implica desvio de rota; invenção de um elo que antes não existia e que de alguma maneira modifica os elementos imbricados. As cadeias de tradução referem-se ao trabalho pelo qual os atores modificam, deslocam e transladam os seus vários e contraditórios interesses (FREIRE, 2006).

Discutir a ciência como uma rede de atores significa que ela não se caracteriza por sua racionalidade e objetividade, ou pela verdade dos fatos por ela produzida. Implica, segundo FREIRE, considerar estas noções, bem como as noções de natureza e sociedade, como efeitos alcançados a partir das tensões próprias à rede de atores.

Em seu livro “Jamais fomos modernos” LATOUR (1994) discute que a tradicional divisão, onde a gestão da natureza era tarefa dos cientistas e a gestão da sociedade dos políticos, tem se tornado cada vez mais incapaz de dar conta dos fenômenos contemporâneos e cita alguns exemplos, desses fenômenos: os embriões congelados, os organismos geneticamente modificados e a camada de ozônio.

Essa incapacidade, segundo FERREIRA (2002) se deu porque fracassou a tentativa moderna de purificação dos domínios natural e humano, e como seu efeito colateral mais indesejável se deu a proliferação de híbridos.

Para Latour, recusamos assumir esses híbridos, que na prática nunca paramos de criar, para defender um paradigma que já não se sustenta mais. Para ele é preciso questionar este paradigma fundador para que possamos compreender o

mundo atual através de um olhar moderno. Essa proliferação de objetos, que já não podem ser considerados nem totalmente naturais, nem totalmente sociais, nos faz questionar sobre a radical separação natureza-cultura produzida pelo mundo moderno.

Para lidar com esses híbridos que não se enquadram nas “grandes divisões”, Latour, segundo FREIRE (2006) propõe um vasto movimento de expressão conjunta dos porta-vozes da sociedade e da natureza, através de um *Parlamento das coisas*:

Um bom exemplo citado pelo autor para testar essa idéia é a Conferência de Kyoto, no Japão, onde o clima aparece ao mesmo tempo como objeto científico - um consenso formado entre os pesquisadores de que a emissão de poluentes a partir da queima de combustíveis, por exemplo, provoca alterações climáticas e todo o planeta - e como objeto político- que obriga as nações a tomarem uma ação frente a esta alteração que se estenda por todo o planeta. Nessa conferencia, o efeito estufa é um híbrido que redefine as relações entre ciência e política, sendo “impossível separar claramente os que representam as nações e os que representam as nuvens, a circulação atmosférica, as correntes marinhas e as florestas” (FREIRE, 2006, p.53).

Ao promover essa discussão, Latour busca mostrar que a manifestação desses híbridos demanda uma filosofia capaz de acolhê-los e uma política que os tome como alvo de discussão (MORAES, 2004). Assim, Latour redefine o próprio objeto de investigação da sociologia das ciências, que desloca da construção social para a sócio-natureza.

A noção de “quase-objetos” de Michel Serres vem do estudo desses híbridos de natureza e cultura. Assim, não existe natureza de um lado e cultura de outro, mas apenas *naturezas-culturas* (LATOUR, 1994).

As noções de Rede e Ator no contexto da TAR

A noção de rede popularizada pela internet traz o sentido de acesso direto a qualquer informação, isto é, circulação de informação sem transformação, o que é

oposta à ideia de Latour que afirma: não há in-formação, só trans-formação (MORAES, 2003). Assim, aquilo a que devemos nos ater não é só a ideia de vínculo, de aliança, mas, o que estes vínculos produzem, que efeitos decorrem de tais alianças. Esta fabricação vai se dar na rede através de alianças entre atores humanos e não-humanos, de que estamos considerando aqui os elementos técnicos, conceituais e textuais.

FREIRE (2006) comenta que a noção de rede da TAR é bastante próxima da noção de rizoma, elaborada por Deleuze e Guatarri; essa aproximação se dá enquanto modelo de realização das multiplicidades, pois são diferentes do modelo da árvore ou da raiz, fixadas em um ponto, uma ordem; no rizoma qualquer ponto pode ser conectado a qualquer outro.

Um multiplicidade, para Deleuze e Guatarri (apud FREIRE, 2006) “não tem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza (1995:16). Como no rizoma, na rede não há unidade, apenas agenciamentos; não há pontos fixos, apenas linhas.

Uma rede assim é capaz de crescer em todos os lados e direções, sendo, segundo MORAES (2003), seu único elemento constitutivo o nó. Na TAR estaremos, então, enfatizando os fluxos, os movimentos de agenciamento e as modificações por eles provocados.

Uma rede é então marcada pela transformação; a ênfase recai na ação, no trabalho de fabricação e na transformação presente nas redes. Segundo MORAES (2003: p.02), Latour prefere falar em *worknets* ao invés de *networks*, pois significa afirmar que interessa ao pesquisador seguir o trabalho de fabricação dos fatos, dos sujeitos, dos objetos.

Para Moraes, Latour questiona o conceito de rede trazido pela ciência moderna e enfatiza que esse conceito toma a realidade como uma entidade homogênea e exterior a nós, capaz de ser capturada em modelos que não representam as práticas sociais que lhe dão sustentação. Neste sentido, SHERRER-WARREN (1993, p.9), ao pensar em rede, ressalta que devemos buscar as formas de articulação entre o local e o global, entre o particular e o universal, entre o uno e o diverso nas interconexões das identidades dos atores com o pluralismo.

Para LATOUR (1994), as nossas interações carregam sentidos e, portanto, produzem ações. Assim, as tecnologias possibilitaram novas relações entre as máquinas e humanos, redimensionando a variação entre global e local. Com isso, ele aponta que surgiu a tendência de transformar fenômenos amplos em totalidades sistemáticas e globais, perdendo-se a heterogeneidade e a particularidade. O autor nos instiga a por em dúvida a definição antecipada de conexões entre fenômenos locais e globais e ressalta a intermediação entre pessoas e coisas:

Existe um fio de Ariadne que nos permite passar continuamente do local ao global, do humano ao não humano. É a rede de práticas e de instrumentos, de documentos e traduções. É um emaranhado de redes materializadas em faturas, organogramas, procedimentos locais e acordos particulares, os quais permitem, na verdade, que [est]a rede seja estendida sobre um continente, contanto que não cubra este continente” (Latour, 1994:119)

O hífen entre o ator e rede da TAR demarca a intenção de seguir a circulação das entidades micro e macro, tomando tanto ator quanto rede como elementos do mesmo contexto. O hífen para LATOUR é tomado equivocadamente como o par indivíduo-sociedade e destaca que o símbolo é insuficiente para dimensionar a ação que se distribui em rede e os processos de fabricação no mundo.

Assim, o que está designado por *rede* refere-se muito mais ao modo de descrever esse movimento circulatório do que a caracterizar seus elementos (LATOUR, 2002).

Já a noção de ator, que muitas vezes é confundida com os tradicionais atores da Sociologia, como o indivíduo fonte e origem de uma ação, difere da noção para Latour, que considera ator tudo o que tem agência, o que quer dizer que o ator se define pelos efeitos de suas ações; assim um ator não se define pelo que ele faz, mas pelos efeitos do que ele faz (MORAES, 2003). O ator não deve ser confundido com o indivíduo; ele é heterogêneo, dispar, híbrido e está produzindo sentidos, que irão compor as práticas discursivas.

A Teoria Ator-Rede foi concebida, assim, segundo Latour (1996), pela fusão de três eixos de preocupação que legitimam uma prática de estudo integrada:

- 1) A definição das entidades que atuam nas redes, constituídas de material heterogêneo, destacando a simetria entre os elementos humanos e não-humanos;
- 2) A definição das próprias redes, em sua dinâmica particular, pelas cadeias de tradução, e
- 3) Por um quadro metodológico para registrar tal construção.

O pesquisar na perspectiva da TAR

A Teoria Ator-Rede, como apresentada, não deve ser entendida como um quadro teórico nem como um manual no qual o pesquisador vá buscar pistas de como deva seguir. LATOUR (2002b) publicou um diálogo entre “um professor um tanto socrático”, e um aluno da London School of Economics às voltas com a produção de sua tese. O aluno aflito por não conseguir aplicar a Teoria Ator-Rede ao seu estudo, escuta do professor que ele não deveria se preocupar, porque a TAR “não é aplicável a nada”. O aluno, surpreso, questiona “você está dizendo que ela é realmente inútil?” e então o professor continua: “ela deve ser útil, mas apenas se não for ‘aplicada’ a nada” e tenta explicar mais didaticamente: “ela é uma teoria, e uma teoria forte, eu acho, mas sobre como estudar coisas ou como não estudá-las. Ou ainda, como deixar os atores terem espaço para se expressarem por eles mesmos” (2002, p.131).

O pesquisador, nesse caso, não deve então emitir interpretações sobre seu objeto de estudo, mas apenas descrevê-lo da melhor forma possível.

Partindo desse diálogo, é possível dizer que a TAR implica, portanto, uma série de escolhas e decisões a serem tomadas antes, durante e após a realização da pesquisa (FREIRE, 2006).

A noção de rede não se reduz à ideia de vínculo, mas, sim, à proposta de acentuar a ação presente nas redes (FREIRE, 2006). Ao descrever o processo de implementação do Programa Iluminar, o foco da pesquisa não era apenas a identificação dos vínculos e alianças geradas em torno desse programa; mas, principalmente a descrição dos efeitos produzidos por estes vínculos.

Latour contribuiu para a construção de uma antropologia simétrica e trouxe o mundo dos objetos para o interior do nosso campo de investigação, o que, segundo o próprio autor, “muda uma boa parte das ciências humanas que eram até então ciências sem objetos” (DOSSE, 2003, p.141). Na teoria clássica da ciência, o objeto já está lá; é um dado da natureza que é transformado pela história. Já na perspectiva da antropologia simétrica, o olhar se volta para os objetos em via de se constituir, os “objetos que estão quentes” (FREIRE, 2006).

A adoção dessa perspectiva tem como consequência direta a própria recusa das fronteiras rigidamente construídas pelo paradigma hegemônico positivista da ciência moderna entre as ciências humanas e as naturais.

LATOUR e col (1998, p.123), abordando os desafios criados na contemporaneidade, afirmam que as ciências humanas, especialmente a Sociologia, ficaram sufocadas por querer imitar as ciências naturais em seus aspectos exteriores e ignorá-las em seus conteúdos e suas produções. Assim, segundo Freire, para esses autores, “o esforço hoje é fazer exatamente o inverso. Não imitá-las, uma vez que elas próprias estão completamente transformadas, mas integrá-las, conhecê-las, praticá-las, desconstruí-las, já que definem em parte as associações de nossos coletivos em construção”. (2006, p.60)

Assim na pesquisa buscaremos seguir a Rede de Atores humanos e não humanos envolvidos no Programa Iluminar. Vale lembrar que nessa perspectiva os objetos têm o mesmo status que os humanos, como afirma ARENDT (2008):

As relações entre humanos e não humanos estariam tão enredadas que não seria possível separá-las. Tratar-se ia de compreender os vínculos que estabeleceriam entre eles. Na Teoria do Ator-Rede o conceito do que seria social seria pensado enquanto produzido em rede, através de regimes de existência política que dariam margem a uma sociologia das ciências e das técnicas (ARENDT, 2008:p.9)

Desse modo, quando falamos em rede na perspectiva da TAR estamos nos referindo a efeitos de relações entre humanos e objetos que muitas vezes provocam novas articulações e ações que não haviam sido planejadas. Para não confundir essa Rede com a rede de atenção estabelecida dentro do Programa Iluminar vamos utilizar a rede com “R” (maiúsculo) todas as vezes que nos referirmos a Teoria Ator Rede e

com “r” (minúsculo) quando nos referirmos a rede de cuidados do Programa Iluminar.

A noção de rede no Programa Iluminar se refere a organização de um fluxo de encaminhamentos dentro dos princípios do SUS que busca garantir o bom funcionamento. Trata-se de uma sistema de referência e uma articulação mínima dos serviços voltados a atenção as pessoas que sofreram violência sexual. Ou seja, é um sistema planejado e definido previamente de acordo com os objetivos do Programa Iluminar.

3.2 A PESQUISA

Na pesquisa qualitativa, a explicitação das estratégias utilizadas para obtenção das informações e análise são essenciais para garantir o rigor metodológico (SPINK e MENEGON, 1999). A seguir, será apresentado o caminho percorrido nesta etapa.

Inicialmente foi apresentado ao Comitê de Ética da FSP/USP o projeto de pesquisa, segundo a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, solicitando autorização para a coleta de dados na cidade de Campinas. O projeto foi aprovado, em agosto de 2007, sob o número de protocolo 1663.

Em Campinas foi feito contato com a coordenadora do Programa Iluminar, via correio eletrônico, onde foi apresentado o interesse em estudar o Programa. Após sua anuência, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Para tanto, foram entregues ao Comitê do município o parecer aprovado do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública e os ofícios de autorização do Secretario Municipal de Saúde de Campinas e da Coordenadora do Programa Iluminar para a realização das atividades.

Após a aprovação do Comitê de Ética, foram iniciados os contatos para o trabalho de campo. O processo de acompanhar o Programa Iluminar envolveu a

observações das atividades desenvolvidas, análise de documentos e entrevistas. Durante o período de setembro de 2007 a dezembro de 2008 foram acompanhados eventos, capacitações, reuniões e visitas técnicas.

Para a realização das entrevistas, os profissionais foram contatados por correio eletrônico ou telefone, e convidados a participar do estudo. Neste momento foram apresentados os objetivos da pesquisa, e após a anuência, agendados dia, local e horário para a realização das entrevistas. No momento da entrevista foi enfatizado o caráter voluntário da participação e firmado o compromisso de sigilo e respeito à privacidade e à autonomia. Os procedimentos éticos foram seguidos e todas as entrevistas foram gravadas, com autorização, em meio digital (mp3) ou em fita cassete, após a leitura e assinatura do Consentimento Informado.

Na tabela seguinte apresentaremos os profissionais entrevistados, sua função, sexo e a quantidade de entrevistas realizadas. A entrevista com a Médica Ginecologista foi a primeira entrevista a ser realizada devido à sua participação na Coordenação de Saúde da Mulher e na organização da rede de cuidados, desde a fase inicial. Esta profissional indicou, para as próximas entrevistas, alguns profissionais que também estiveram ou ainda estavam envolvidos na construção da rede de cuidados. Assim, o Médico Sanitarista, o Médico Ginecologista e a Médica Pediatra da área de Atenção Básica foram selecionadas devido a essa indicação. Estes profissionais indicaram os seguintes, considerando a mesma razão: envolvimento na estruturação ou importante inserção na rede.

Durante o trabalho de campo foram feitos inúmeros contatos para entrevistar uma interlocutora da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde com o objetivo de conhecer o Programa Iluminar na perspectiva deste órgão. Porém, isso não foi possível devido a questões de agenda dos profissionais de Brasília.

As entrevistas com os profissionais, em Campinas, foram iniciadas com uma questão aberta, onde foi solicitado aos profissionais que relatassem a construção e implementação do Programa Iluminar em Campinas. Ao longo da entrevista, quando necessário, foram introduzidas algumas perguntas sobre as potencialidades e dificuldades presentes na rede de cuidados.

Não houve recusa na participação, apenas dificuldades para o agendamento, dado a rotina do serviço. Alguns profissionais foram entrevistados mais de uma vez para complementar as informações; neste momento, foi justificada a necessidade de conhecer maiores detalhes de informações coletadas em outras entrevistas, ou em documentos e observação.

Tabela 1 - Profissionais entrevistados em Campinas

Profissional	Sexo	Nº de entrevistas realizadas
Analista de Sistema	M	2
Assistente Social da Área de Atenção Hospitalar	F	1
Médica Ginecologista da Área de Gestão	F	3
Médica Pediatra da Área de Atenção Básica	F	1
Médica Pediatra da Área de Atenção Hospitalar	F	1
Médico Ginecologista da Área de Atenção Hospitalar	M	1
Médico Sanitarista	M	2
Profissional da Guarda Municipal	M	1

Durante o período de campo acompanhamos eventos, capacitações, reuniões e visitas técnicas, observando as atividades da rede. Estes dados foram sistematicamente anotados em um diário de campo e aparecerão na análise com a indicação “diário de campo”.

Os documentos analisados também foram coletados ao longo do trabalho de campo e estão listados nos anexos, com a indicação do ano de publicação ou divulgação. Os documentos de domínio público estão abertos para análise porque foram tornados públicos e nos permitem entender os diferentes argumentos que foram materializados e instituídos nos documentos (SPINK, P. 1999).

Como a pesquisa foi orientada pela perspectiva da TAR, na análise, todas as informações foram tratadas como possuindo o mesmo *status*, ou seja, as anotações do diário de campo, as entrevistas e os documentos de domínio público foram igualmente valorizadas e nenhuma se sobrepôs a outra. As materialidades foram

analisadas na interação da Rede e as informações foram articuladas com o objetivo de explicar a organização da rede de cuidados.

Na análise, à medida que foram descritas as ações do Programa Iluminar, buscamos entender como a perspectiva de gênero está articulada nas ações do programa e qual o modelo da gestão do cuidado proposto. Para isso, muitas vezes articulamos a descrição das ações e a discussão dos conceitos teóricos.

Perspectiva de gênero e a violência contra mulher

A noção de gênero tem sido usada para se referir às construções sociais e históricas sobre homens e mulheres presentes numa dada sociedade. Foi através das feministas e dos movimentos sociais que lutam por igualdade de direitos, que se iniciou a problematização da noção de gênero, de masculino e feminino (BRIGAGÃO, GONÇALVES e PEDROSA, 2009).

Gênero é uma categoria relacional que aponta papéis e relações socialmente construídas entre homens e mulheres. Nas palavras de Simone de Beauvoir, “não se nasce mulher, torna-se mulher”. Tornar-se mulher e tornar-se homem são processos construídos a partir de padrões sociais estabelecidos, que são reforçados através de normas, e também através da coerção. São modificados no tempo, refletindo as mudanças na estrutura normativa e de poder dos sistemas sociais.

Scott (1995) definiu gênero como sendo a organização social da diferença sexual, e para ela:

O gênero torna-se, antes, uma maneira de indicar ‘construções sociais’ - a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres (...) o gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (...) o uso de ‘gênero’ põe a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir sexo, mas ele não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente sexualidade” (SCOTT, 1995, p.86).

Dessa maneira, a categoria gênero é muito útil porque ela nos permite pensar as relações entre homens e mulheres analisando como as tensões e acontecimentos no passado e no presente são produtoras de relações específicas de gênero (PEDRO, 2005). Trata-se, deste modo, tanto de noções construídas e cristalizadas em diferentes momentos da história, quanto de construções dinâmicas e processuais do presente que não são estáticas e interagem continuamente.

Gênero foi portanto, um termo proposto também para reescrever a história, re-significando a posição da mulher na sociedade, inserindo novos temas nos estudos e pesquisas, modificando premissas e conceitos, atribuindo importância não só às atividades públicas como à experiência pessoal e subjetiva .

No Brasil, a alta incidência de violência doméstica, as agressões sofridas no espaço do casamento (ou de relações afetivas com a mesma carga emocional e/ou social), faz com que o tema violência contra a mulher seja tomado como sinônimo de violência doméstica. Segundo Grossi (1998), é em torno desta categoria que foram construídas as teorias para estudar a presença de atos violentos no interior da conjugalidade, no espaço do doméstico. O âmbito do privado, da conjugalidade, é considerado aqui como o *locus* onde existe um projeto afetivo/emocional entre duas pessoas, mesmo quando não vivem sob o mesmo teto.

A violência contra a mulher tem sido chamada mais recentemente de violência de gênero, para enfatizar que não são as diferenças biológicas entre os homens e as mulheres que determinam o emprego da violência contra a mulher. Assim, resumidamente, a violência de gênero se constrói em todas as suas modalidades no interior das relações desiguais e se consolida na desigualdade estrutural entre homens e mulheres, nos diferenciados papéis que ambos desempenham.

A violência doméstica contra a mulher é uma violência de gênero, que ocorre nos espaços afetivos e envolve atos repetitivos, que vão se agravando, em frequência e intensidade, como coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças, agressões físicas e sexuais variadas. Podemos apontar que são diversos os tipos de

violência de gênero: violência física; violência psicológica; violência sexual, violência patrimonial; violência moral.

A violência de gênero é, portanto, toda violência que sofrem as mulheres, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição, produto de um sistema social que subordina o sexo feminino.

Em sua tese de doutorado D'Oliveira (2000) ao abordar a violência de gênero nos serviços de atenção primária, discutiu amplamente as dificuldades que acompanham a visibilidade da violência de gênero nas práticas de saúde. Ela descreve que, assim como a polícia, a área da saúde tem dificuldades de incorporar no trabalho questões percebidas como culturais, sociais e até mesmo psicológicas. A proposta de detectar o problema da violência contra mulher nos serviços de saúde por busca ativa de rotina, ou *screening*, através de questionários simples padronizados, pode ter efeito inesperado, destaca a autora. Pois, se a violência for identificada como questão social, pode não ser reconhecida como um tema do setor saúde e não mobilizar ações. Ou, por outro lado, se percebida como uma “patologia” poderá ser alvo de decisões que cabem a quem tem o “suposto saber”, ou seja, ao profissional, excluindo assim a mulher da construção de respostas ao problema (D'OLIVEIRA, 2000).

Este reducionismo que os profissionais trazem, ao tratar a mulher apenas como portadora de um problema, desconsiderando todo o contexto onde ela está inserida e suas interações, encerra a noção de uma incapacidade que Santos descreveu como “a incapacidade de estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando em objeto” (Santos, 2000, p. 83).

Assim, a gestão e organização do cuidado às mulheres em situação de violência demandam a incorporação da transversalidade de gênero, que possibilitará levar em conta a problemática de gênero e incluirá estratégias para a superação das desigualdades, valorizando a autonomia e o fortalecimento da população feminina.

Por conseguinte, frente ao desafio de compreender como se deu a incorporação da categoria gênero nas práticas, como a ficha de notificação da violência contra a mulher na organização do cuidados, que engloba os serviços de

saúde; e a gestão do cuidado em Campinas, que busquei acompanhar a construção do Programa Iluminar.

No capítulo seguinte apresentaremos o histórico da inclusão da violência contra mulher nos projetos, programas e políticas públicas no Brasil e o processo de inclusão da questão de gênero na agenda governamental.

4. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: PERCURSO E CONQUISTAS NOS PROJETOS, PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

4.1 A ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL DE MULHERES E A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA.

Durante as décadas de 1960 e 1970, o movimento feminista juntamente com outros grupos sociais atuava a favor dos direitos a melhores condições de vida, pela anistia política e pela igualdade de direitos entre homens e mulheres. No Brasil, grupos de ativistas e voluntárias começaram a enfrentar todos os tipos de violência: estupro, maus tratos, incestos, perseguição a prostitutas, e infindáveis violações dos direitos humanos de mulheres e meninas (BLAY, 2003).

No final dos anos 1970, começava a surgir um processo de abertura política e, neste cenário, estava articulada ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB) que, naquele período, concentrava todas as forças contrárias ao regime, a oposição, incluindo os grupos feministas que ampliavam o rechaço ao governo militar. As feministas buscavam novas formas de articulações, tanto internas, quanto com os setores populares que permitissem a reflexão sobre a problemática das mulheres e auxiliasse na definição dos novos rumos para o movimento, além de estabelecer novas pautas de reivindicações (COSTA, 2009).

Com a anistia política e o retorno das exiladas, deu-se um novo impulso ao movimento, que recebeu as influências dos movimentos feministas atuantes, sobretudo na Europa (SARTI, 2001).

Em 1979, com o general Figueiredo na presidência da República, o país sofreu a reforma política que restabeleceu o pluripartidarismo. Para o movimento feminista foi um ano significativo, pois em quase todos os estados surgiram novos grupos, como o Grupo Feminista 8 de Março (São Paulo), o Ação Mulher (Porto Alegre), o Centro da Mulher Brasileira (Niterói), o Coletivo Feminista (Rio de Janeiro) e o Brasília Mulher, dentre outros.

O feminismo foi deixando de ser um privilégio das mulheres de classe média intelectualizada e um número cada vez maior de mulheres dos setores populares foi sendo integrado ao movimento. Através de grandes encontros essa ampliação foi se consolidando. Dois desses encontros merecem registro em função da abrangência de suas propostas e do contexto de enfrentamento vivenciados (COSTA, 2009):

- O Encontro Nacional de Mulheres realizado em março de 1979, no Rio de Janeiro, promovido pelo Centro da Mulher Brasileira que reuniu cerca de 400 mulheres representantes de grupos feministas de oito estados. Em seu documento final as reivindicações como a luta pela libertação da mulher brasileira estava associada a lutas gerais por liberdades democráticas e por uma anistia ampla, geral e irrestrita. Foi também apontada, no documento, a abertura do movimento feminista a todas as mulheres, independentemente da condição social, racial, credo religioso e posição político-partidária; buscando assim a aproximação com associações de classe, de bairro, donas de casa, etc. (CMB, 1979, p. 4-5 apud Costa, 2009)⁵.

-O Primeiro Congresso da Mulher Paulista agrupou um número significativo de mulheres, cerca de 800; foi realizado também em março de 1979. No final do evento as mulheres comprometeram-se a atuar ainda mais nos grupos femininos, nos bairros, nos sindicatos e associações, levando as reivindicações específicas como a luta por creches, equiparação salarial, igualdade de oportunidades de trabalho, formação profissional e socialização do trabalho doméstico (EM TEMPO, março de 1979, p.16 apud Costa, 2009).

Na fase final do regime militar, o movimento de mulheres, que passou a integrar os espaços públicos, realizava críticas ao totalitarismo e se articulava com as propostas democráticas, além de inserir o discurso crítico à violência contra a mulher. As denúncias englobavam desde a violência estatal, como aquelas praticadas nos lugares de trabalho, nos lares e também em outros espaços sociais, implicando ameaças à integridade das mulheres. Estas ameaças, por serem invisíveis e insuficientemente reconhecidas como crime, sobretudo pelos órgãos da justiça criminal, tornavam-se ainda mais sérias (SUAREZ e BANDEIRA, 2002).

Após a queda do regime militar, a denúncia da violência contra a mulher continuou a marcar a pauta da política e da militância feminista, e foi ganhando maior visibilidade à medida que diferentes formas de agressividades praticadas nos espaços privados começaram a ser incluídas nos diálogos de diferentes esferas da sociedade e do Estado.

⁵ A citação de Costa (2009) refere-se ao número da Revista EM TEMPO de março de 1979, p.16.

No Brasil, dentro das atuações pioneiras da militância feminista, temos a criação, em 1978, na cidade de Recife, o SOS Corpo e em São Paulo, em 1980, a criação do SOS Mulher. Estas instituições tinham um caráter crítico, propositivo e organizativo. Através de propostas educativas e organizações políticas elas começaram a inserir nas comunidades ações catalisadoras para a organização das mulheres. Este novo agir político dos movimentos de mulheres tornou-se possível o reconhecimento nas esferas governamentais das práticas discriminatórias contra as mulheres.

Após uma sequência de assassinatos de mulheres de classe média, as militantes estruturaram serviços voluntários voltados às mulheres em situação de violência. Estes serviços, apesar das dificuldades e precariedades institucionais, trouxeram à tona a questão da violência contra a mulher, na sua forma mais conhecida, a violência conjugal, como a uma questão pública e assistencial (VERARDO, 1995).

Em 1983, com a eleição dos primeiros governos democráticos, foram criados os Conselhos da Condição Feminina de São Paulo e Minas Gerais e, em 1985, o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres - CNDM. Estes órgãos, resultado das parcerias que se iniciavam entre o movimento de mulheres e o Estado, tinham como objetivo propor, implementar e monitorar políticas públicas voltadas ao combate à discriminação da mulher.

A experiência dos SOS, a criação dos Conselhos e a crescente visibilidade que a violência contra as mulheres ganhava, somados à ineficiência das instâncias jurídicas e policiais no enfrentamento a essa problemática, geraram diversas propostas de políticas públicas neste campo. O Centro de Orientação Jurídica e Encaminhamento da Mulher (COJE) foi criado em 1984, e em 1985 as primeiras Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher - DEAMs (D'OLIVEIRA, 1996).

As DEAMs iniciaram a atuação com um funcionamento muito tímido, porém, trouxeram um impacto simbólico no reconhecimento dos direitos das mulheres. A experiência se multiplicou rapidamente no país e teve grandes repercussões internacionais, influenciando, em diversos países na América Latina, a criação de órgãos semelhantes (SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995).

Ainda em 1983, no Ministério da Saúde, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). É importante ressaltar, como afirma D'OLIVEIRA (1996), que foram voltadas à segurança pública e não à saúde, as primeiras reivindicações de políticas públicas relativas à violência doméstica e sexual. O PAISM em seu documento fundador não menciona a questão da violência contra a mulher; somente mais tardiamente ela foi incorporada em algumas experiências de implantação e em alguns materiais educativos que abordavam a questão da sexualidade.

Para SAFFIOTI e ALMEIDA (1995) as políticas públicas dirigidas às mulheres a partir dos anos 80 cobrem dois grandes eixos: saúde e violência - e destaca que na área da violência o caráter das ações é repressivo e moralizador, tendo como alvo ações socialmente reprováveis, ainda que legitimadas, uma vez que estava “inscrita num caldo de cultura marcado pelo exercício discriminatório do poder” (1995, p.203). Já na concepção de política de saúde do PAISM ocorre o contrário: há o redimensionamento e ampliação dos conceitos com caráter mais preventivo, subvertendo as práticas correntes nesse terreno, embora tenham sido encontrados muitos problemas para a sua implementação.

D'OLIVEIRA (1996) discute que talvez a histórica redução da saúde da mulher ao aparelho reprodutivo tenha contribuído para tal construção. Assim, nos serviços de saúde, não foram identificadas as eficácias tecnológicas em relação ao problema da violência doméstica e sexual.

A “politização” da violência contra a mulher impulsionou também na área das ciências humanas o surgimento de uma crítica teórica às explicações socio-estruturais clássicas voltadas às formas de violência, que presentes nos conflitos interpessoais e enraizadas nas práticas, estavam disseminadas na sociedade (SUAREZ e BANDEIRA, 2002).

Portanto, nos anos de 1980, houve um avanço das propostas de formulação das políticas públicas que contemplavam questões de gênero, e no cenário internacional as conferências para as mulheres influenciaram e repercutiram em acordos institucionais. Este processo internacional foi impulsionado e liderado pelas Nações Unidas, que desde a Primeira Conferência Mundial da Mulher, em 1975,

implicou distintos governos para adoção de medidas para a promoção da equidade de gênero.

O período de 1975-1985 ficou conhecido como Década da Mulher, e em 1979 ocorreu a Assembleia Geral de Nações Unidas que adotou a *Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres* (CEDAW). Este documento constitui a *Magna Carta* dos direitos da mulher e foi o primeiro instrumento legal que definiu a discriminação contra a mulher, de uma maneira integral, referindo as liberdades fundamentais em todos os âmbitos da vida social, política, econômica, cultural.

A CEDAW entrou em vigor em 1981 e, desde então, deve ser tomada como parâmetro mínimo das ações estatais na promoção dos direitos humanos das mulheres e na repressão às suas violações, tanto no âmbito público como no âmbito privado.

O Estado de São Paulo, na gestão municipal de Luiza Erundina, em 1988, inovou ao criar nos Centros de Saúde o primeiro programa de atenção à mulher em situação de violência e, posteriormente, em 1989, implantou o Programa Aborto Legal para as mulheres que sofreram violência sexual, e a Casa Eliane de Grammont – centro de referência público para o atendimento interdisciplinar para mulheres em situação de violência, foi aberta em 1990.

Nas esferas do Poder Executivo a violência contra mulher foi inicialmente objeto de programas e iniciativas como o Programa Nacional de Combate à Violência Doméstica e Sexual, promovido pelo Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM) em 1998, e resultou em convênios entre a CNDM e nove municípios para a construção de casas-abrigo para mulheres em situação de violência, além do lançamento da campanha “Uma vida sem Violência é Direito Nosso” e do “Pacto Comunitário Contra a Violência Intrafamiliar”, lançado em parceria com a ONU.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – conhecida como Convenção de Belém do Pará, que aconteceu em 1994, foi ratificada pelo Brasil em 1995 e deu importante visibilidade à violência, e definiu conceitualmente violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta

baseada nas diferenças de gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na esfera privada.

Pela primeira vez se reconheceu oficialmente, no Brasil, que a violência contra a mulher é uma manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens, que a discrimina, e também reconheceu os obstáculos ao seu pleno desenvolvimento. Esta convenção apontou, ainda, os direitos a serem respeitados e garantidos, os deveres dos Estados participantes e a definição dos mecanismos interamericanos de proteção.

Em 1997, no 8º *Encontro Internacional Mulher e Saúde* ocorrido no Rio de Janeiro, com a participação de ativistas de todo o mundo, foi aprovada a “Declaração do Glória”, que incluiu entre as recomendações a realização de pesquisas para avaliar os impactos negativos da violência de gênero na saúde das mulheres, a realização de capacitações para sensibilização e diagnóstico da violência doméstica nos sistemas de saúde pública e a criação de mecanismos legais de garantia de direitos humanos visando prevenir e reduzir a violência de gênero, em âmbito nacional e internacional.

Assim, a década de 1990 foi marcada por inúmeras ações que foram desenvolvidas em parcerias entre os serviços públicos, universidades e organizações não-governamentais feministas, como o projeto para implantação do Serviço de Atendimento aos Casos de Violência Doméstica no Hospital Pérola Byington, que já realizava atendimento a casos de violência sexual, juntamente com União de Mulheres de São Paulo, entre outras experiências em Belo Horizonte e Rio de Janeiro.

Ao analisar as respostas brasileiras à violência contra a mulher, no período de 1980 a 2005, DINIZ e colaboradoras (2006) descreveram que a inclusão da temática nas agendas das políticas públicas, da produção acadêmica, da legislação, da mídia, saúde, entre outros, se configurou no Brasil como um importante movimento para dar visibilidade à violência contra mulher como uma questão injusta e inadmissível.

4.2 AS POLITICAS PÚBLICAS E O PROCESSO DE INCLUSÃO DA QUESTÃO DE GÊNERO NA AGENDA GOVERNAMENTAL.

Nos países democráticos a expressão “política pública” tornou-se frequente no cotidiano dos partidos políticos, da mídia e dos movimentos sociais. Isso ocorreu não simplesmente pela ampliação da ação do Estado, mas também pelas exigências que lhes foram colocadas pela sociedade (DI GIOVANNI, 2009).

Numa perspectiva ampla de entendimento das políticas públicas, pode-se discutí-las como uma tradução da orientação política do Estado que regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Elas podem ser definidas, assim, como um conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais e como um compromisso público que tem como objetivo dar conta de determinada demanda, em diversas áreas (LUCCHESI, s/d).

A área de conhecimento dirigida ao estudo das políticas públicas surgiu nos Estados Unidos enfatizando os estudos sobre ações do governo. Na Europa, os estudos se concentravam na análise sobre o Estado e suas instituições. Ou seja, buscava-se teorias explicativas sobre o papel do Estado e do governo – produtor de política pública (SOUZA, 2006).

O pressuposto analítico que conduziu a constituição e concretização dos estudos sobre políticas públicas, segundo a autora, é o de que em democracias estáveis aquilo que o governo faz é passível de ser formulado cientificamente e de ser analisado por pesquisadores independentes. A disciplina nasce como subárea da ciência política, que pela vertente norte-americana situa as políticas públicas como um ramo da ciência política que busca explicar como e por que os governos escolhem determinadas ações.

Porém, SOUZA (2006) argumenta que o estudo das políticas públicas implica interlocução com campos multidisciplinares, ou seja, uma “teoria geral da política pública busca sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia” (2006:25). Assim, dado a repercussão das políticas públicas na economia e na sociedade, espera-se que as teorias expliquem a relação entre Estado, política, economia e sociedade em um determinado contexto histórico social.

As políticas públicas são orientadas por agendas governamentais, e o processo de definição das agendas é complexo e influenciado por diversos atores sociais e interesses. A agenda pode vir a ser definida a partir dos problemas que demandam intervenções pautadas em uma noção coletiva sobre a necessidade de enfrentar um dado problema. Ou ainda, em interesses de grupos específicos que dominam mecanismos de pressão e de interferência na agenda pública. Pode também estar orientada por interesses políticos estratégicos, e essa construção pode ocorrer via processo eleitoral, mudanças nos partidos que governam; mudanças nas ideologias e nas tecnologias.

A formação de uma política pública ocorre, portanto, num processo que envolve múltiplos setores, diálogos e poderes e se inicia, geralmente, com a identificação de um conjunto de fatores ou problemas que demandam intervenções governamentais. As situações podem existir durante muito tempo, incomodando grupos de pessoas e gerando insatisfações; porém, nem sempre mobiliza as autoridades governamentais. Neste caso, segundo RUA (1997), trata-se de um "estado de coisas" - algo que incomoda, prejudica, gera insatisfação para muitos, mas não está incluído na agenda governamental, ou seja, não se encontra entre as prioridades dos tomadores de decisão. Quando este estado de coisas passa a preocupar as autoridades e se toma uma prioridade na agenda, podemos considerar que ele tornou-se um "problema político". E ele ganha força quando mobiliza ação política, passando assim a configurar como um item prioritário da agenda governamental. Esta ação política pode ocorrer através da ação coletiva de grupos grandes ou de pequenos dotados de fortes recursos de poder, ou ainda pela ação de atores individuais estrategicamente situados.

Situações de crise, como calamidade ou catástrofe, onde o ônus de não se resolver o problema seja maior que o ônus de resolvê-lo, também se consolida como prioridade nas agendas (RUA, 1997). Assim, geralmente o Estado orienta e regula atividades relacionadas a tarefas de interesse público, voltadas para a garantia dos direitos sociais.

A inclusão na agenda governamental transforma a demanda em um "input", e a partir desse momento inicia-se o processo de formulação das alternativas. Momento esse, relevante no processo decisório, porque é quando os atores

apresentam suas preferências e interesses e surgem os conflitos. Cada um possui estratégias de poder como influências e inserções na organização e no funcionamento do sistema, assim como capacidade de convencimento.

Neste cenário vão se construindo as decisões, que em política pública, segundo a autora, representam apenas um aglomerado de intenções sobre a solução de um problema, expressas na forma de determinações legais como decretos, normas, resoluções, entre outros. Mas isso não garante que a decisão se transforme em ação e que a demanda que deu origem ao processo seja efetivamente atendida.

A implementação pode ser entendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores à política. Trata-se, portanto, das ações que farão a política sair do papel e funcionar efetivamente.

A seguir apresentaremos o processo de inclusão da problemática de gênero nas políticas públicas no Brasil.

4.3 A QUESTÃO DE GÊNERO NA AGENDA DA REFORMA E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Nos anos de 1980, a democratização do país e a crise fiscal redefiniram a intervenção do Estado, e com a Constituição de 1988 os processos de descentralização de competências e atribuições aproximaram os governos subnacionais das necessidades da população. Foi impulsionando, assim, a promoção de políticas públicas com novos temas na agenda política, como a problemática de gênero (FARAH, 2002).

A Reforma da ação do Estado no Brasil

Na agenda de Reforma da ação do Estado no Brasil, dois momentos principais são identificados na sua evolução. O primeiro, durante o processo de

democratização do país, refletiu na definição da agenda, que elencou a democratização dos processos decisórios e a equidade dos resultados das políticas públicas, em seus eixos. As mudanças se davam no regime político e também no âmbito das políticas públicas, que enfatizavam a descentralização e a participação da sociedade civil na formulação e implementação das políticas.

As políticas sociais procuravam caminhar para um Estado de Bem-Estar de tipo institucional-redistributivista, caracterizado pela concepção universalista de direitos sociais, uma vez que o sistema de proteção social vigente caracterizava-se pela segmentação e pela exclusão, de amplos contingentes da população, ao acesso a cidadania social (DRAIBE, 1993).

A participação e descentralização eram vistas como ingredientes fundamentais desta orientação substantiva das políticas sociais, voltada para a garantia da equidade e para a inclusão de novos segmentos da população na esfera do atendimento estatal (FARAH, 2000).

Os movimentos sociais, principalmente os urbanos, e de profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços públicos, estavam articulados desde os anos 1970, discutindo desde a democratização do regime até as pautas específicas de reivindicações por serviços públicos, dos quais a maior parte da população estava excluída, participando ativamente do movimento em prol da nova agenda.

A questão de gênero começa a ganhar visibilidade no primeiro momento de constituição da agenda de reforma das políticas públicas, dada a presença significativa de mulheres nos movimentos sociais. SOUZA-LOBO (1991) ressalta que a história destes movimentos é também da constituição das mulheres como novo sujeito coletivo, uma vez que começam a ocupar os espaços públicos, levando temas que recortam o espaço privado.

A constituição das mulheres como sujeitos políticos ocorre inicialmente através da mobilização em torno de questões ligadas à esfera da reprodução. A mobilização ganha força e amplia a denúncia de desigualdades sociais expressas na ausência ou na precariedade de equipamentos e serviços nas periferias urbanas e na omissão do poder público em áreas como habitação, saneamento, saúde, educação, transporte, entre outras. As mulheres passaram a levantar temas específicos à

condição feminina, como a saúde da mulher, sexualidade, desigualdade salarial, direito a creches e violência contra a mulher (SARTI, 2001; SOUZA-LOBO, 1991).

A proposição das políticas públicas de gênero têm como orientação a redução das desigualdades entre homens e mulheres. Integrar a perspectiva de gênero, ou o enfoque de gênero significa, portanto, considerar as diferenças entre homens e mulheres; trata-se de as desigualdades marcadas por essa diferença e as relações de poder entre eles, e não, simplesmente, ter as mulheres como foco das ações (AGENDE, 2001).

As questões colocadas pelo movimento de mulheres na passagem dos anos 1970 para os 1980 coincidem com as demandas apontadas pelos movimentos sociais em seu conjunto, e dizem respeito à extensão da cidadania social e política como a reivindicação de participação e acesso a bens e serviços públicos. FARAH (2002) ressalta que a discriminação de questões diretamente ligadas às mulheres envolve, por sua vez, tanto uma crítica à ação do Estado, ou sua omissão, como a formulação de propostas de novas políticas públicas que contemplem a questão de gênero. Ao denunciarem a situação de exclusão e dominação que atinge as mulheres, os movimentos reivindicam políticas de gênero.

No início da década de 1980, surgem novos espaços de atuação das mulheres, como nas organizações não-governamentais, nos partidos políticos e na administração pública. Com a crescente participação das mulheres nos espaços públicos, no mercado de trabalho e educação surgiram novas exigências e desafios na elaboração e execução de políticas públicas (GODINHO, 2004).

A Constituição de 1988 refletiu a mobilização das mulheres que, com o apoio do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM) conseguiu a inserção de diversas áreas temáticas que tinham como objetivo a plena cidadania formal das mulheres (Barsted, 1998). Na área dos direitos trabalhistas, a nova Constituição incorporou a extensão da licença maternidade e direitos trabalhistas às mulheres trabalhadoras da área urbana e rural. No campo da violência, a Constituição admitiu a existência de uma violência específica no âmbito doméstico, propondo a criação de mecanismos para coibi-la. Os direitos sexuais e reprodutivos foram incorporados como matéria constitucional declarando que o planejamento familiar é livre decisão

do casal e vedada qualquer forma coercitiva de ação, por parte de instituições estatais ou privadas.

Influência da crise mundial na agenda do Estado: redefinição das políticas de gênero.

Já no final dos anos 1980 a agenda de Reforma da ação do Estado na área social sofreu uma inflexão. Vivíamos um cenário marcado pela globalização e pela reestruturação produtiva. Sob o impacto da crise, o Estado começa a limitar sua capacidade de investimento às demandas sociais crescentes. Segundo FARAH (2000), ao lado da preocupação com a democratização dos processos e com a equidade dos resultados, são introduzidos na agenda preocupações com a eficiência, eficácia e efetividade da ação estatal, e também a qualidade dos serviços públicos.

Na redefinição da agenda de Reforma a autora lembra que o ideário neoliberal, que ganhara força nos países centrais e nas agências multilaterais de financiamento, disputou espaço internamente. Nesta perspectiva o Estado é essencialmente ineficiente, ineficaz e provedor de serviços de baixa qualidade. Na América Latina foram propostas políticas de ajuste que acarretaram recessão e desemprego, e ao mesmo tempo retração da intervenção estatal, inclusive de políticas públicas de caráter social (PORTELLA FILHO, 1994).

Na área social, a agenda neoliberal propõe: a privatização, através da transferência da produção de serviços públicos para o setor privado lucrativo; a descentralização das políticas sociais para as esferas locais de governo, como forma de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto público; a focalização, orientada para a concentração da ação estatal em determinados serviços (considerados essenciais e não passíveis de oferta pelo mercado) e em segmentos específicos da população mais vulneráveis e expostos a situações de pobreza extrema. E, finalmente, propõe também a mudança na gestão dos programas estatais, de forma a dotá-la da eficiência e da eficácia atribuídas à gestão privada (DRAIBE, 1993; FARAH, 2000).

As propostas neoliberais se contrapõem à agenda formulada, que buscava a democratização e a construção de um Estado do Bem-Estar universalista. Porém, a

crise que atingiu o Brasil desde o início da década de 1980 e as mudanças na economia mundial colocaram novos desafios aos atores que estavam envolvidos no processo de formulação da agenda democrática e efetivamente na reforma do Estado.

A reformulação desta agenda foi iniciada incorporando-se novos desafios e, diferentemente da agenda neoliberal, buscou-se na reforma da ação estatal adequá-las às mudanças, e não o desmantelamento do Estado.

Assim, na década de 1990 foi integrada a agenda democrática dos anos 1980, novos elementos voltados à eficiência, eficácia e efetividade da ação estatal. Segundo DRAIBE (1993), estão presentes na ampliação da agenda democrática alguns dos componentes da proposta neoliberal para a reforma das políticas sociais. Para ela, a focalização, seleção, descentralização e o envolvimento dos setores privados lucrativos e não-lucrativos não constituem e nem podem ser considerados monopólio da estratégia neoliberal ou conservadora. Assim, tem havido propostas socialmente progressistas que concebem uma efetiva política voltada para populações pobres que envolvem de modo peculiar em seu desenho, elementos tidos como exclusivamente neoliberais.

A agenda relativa às políticas públicas, desde o início dos anos 1990, incorporou uma nova tendência onde se propõe que a dimensão de gênero seja incluída transversalmente nas diversas políticas, em substituição a políticas com foco exclusivo na mulher ou homem.

O conceito de transversalidade de gênero está relacionado a sua origem histórica e conceitual, que emerge do contexto internacional dos movimentos de mulheres frente aos estados nacionais e às instituições governamentais. Com o objetivo de atuar de forma mais contundente e expressiva, principalmente na Europa ocidental, a adoção de propostas voltadas para melhoria das condições de vida das mulheres passou a ser adotada em 1975, no México, devido a primeira Conferência Mundial de Mulheres e, em Beijing, em 1995. Assim, a transversalidade de gênero – ou *gender mainstreaming* - passou a ser adotada como forma de dar *status* à situação das mulheres em todas as dimensões da sociedade social, cultural, econômica, política, com implicações administrativas e jurídicas. Essas implicações incluem a educação, a segurança social, a remuneração, partilha de responsabilidades

profissionais e familiares e a paridade nos processo de decisão. (BANDEIRA, 2005, p.170).

O cenário da implementação das políticas publicas de gênero.

O movimento para que a categoria gênero fosse colocada na agenda das políticas públicas foi fortalecido com a crescente participação das mulheres nos espaços públicos, no mercado de trabalho e na educação. Esse cenário também gerou novas exigências e desafios na elaboração e execução de políticas públicas (GODINHO, 2004).

O processo de implementação das políticas públicas para as mulheres pode ser observado em suas múltiplas dimensões na forma como se estruturam as proposições e articulações sob a perspectiva de gênero para a promoção das transformações das relações de poder e o acesso a direitos em sua dimensão social e política (GODINHO, 2004). Assim, é importante refletirmos sobre quais “lugares” os organismos institucionais dessa ordem ocupam nas gestões públicas e como eles têm travado o debate e os vínculos com as organizações de mulheres, na formulação das políticas e programas.

As instâncias estatais na América Latina, que buscaram incorporar em suas agendas a perspectiva do movimento feminista, enfrentam entraves semelhantes, como a limitação e inadequação de recursos humanos e financeiros; a pequena influência ou poder nos governos e a insuficiência de canais de diálogo com a sociedade civil (ALVAREZ, 2004). Deste modo, é importante refletir sobre a localização dos órgãos dirigidos às políticas para as mulheres na maquinaria estatal.

GOETZ (2003) realizou um estudo comparativo em vários países sobre as maquinarias nacionais e distinguiu o que ela nomeia de localização vertical das “maquinarias” da mulher, isso quer dizer, sua proximidade de poder, da direção central do Estado e, por outro lado, sua localização horizontal, isto é, seu lugar temático ou setorial. Os resultados deste estudo apresentaram que a grande maioria desses organismos está longe do poder central, ou se situam subordinados a ele

quando conseguem *status* ministerial ou são marginalizados. Setorialmente tendem a ser agrupados com setores como a assistência social, ou juntamente com outras temáticas consideradas “excepcionais”, como idosos e jovens, e que são consideradas pelo Estado como prioridades secundárias, especialmente nos governos neoliberais, como ressalta a autora.

A fragmentação das políticas na organização da gestão pública dificulta significativamente aquelas que dependem de uma perspectiva de integração entre diversos setores e áreas. MOSER (1998) ressalta que a perspectiva de gênero continua a ser superficial e incipiente na formulação e planejamento das políticas públicas nos organismos de poder público. E destaca ainda a importância de se deixar bem claro a questão nas etapas de planejamento da atuação. Ou seja, apontar na formulação da política, no planejamento propriamente dito da ação e na organização para a implementação - que demanda o detalhamento da ação administrativa - como a questão de gênero está sendo contemplada. A proposta da autora é a construção de uma dinâmica própria na máquina pública, que legitime e dê visibilidade às ações, além de fortalecer a institucionalização dos organismos de políticas para as mulheres.

Para GODINHO (2004), mesmo que estes organismos ainda apresentem um “poder real limitado”, seu papel pode ser muito mais o de “ampliar os espaços de solidariedade interna e aumentar a capilaridade das ações e do debate sobre a discriminação” (2004, p.63), justificando assim a criação de espaços de articulação e responsabilização para o desenvolvimento de projetos e políticas.

A criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres no Brasil

Com criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), em janeiro de 2003, novas propostas surgem no cenário para o fortalecimento das políticas voltadas às mulheres, principalmente na área da violência. A estrutura básica da Secretaria Especial de Políticas para as

Mulheres (SPM) é composta pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, o Gabinete e três Subsecretarias e foram estabelecidas diversas competências a SPM, dentre elas:

- assessorar a gestão federal na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres;*
- elaborar e implementar campanhas educativas e antidiscriminatórias de caráter nacional;*
- elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e demais esferas de governo com vistas à promoção da igualdade;*
- articular, promover e executar programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas para as mulheres;*
- promover o acompanhamento da implementação de legislação de ação afirmativa e definição de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos, convenções e planos de ação assinados pelo Brasil, nos aspectos relativos à igualdade das mulheres e de combate à discriminação (BRASIL, SPM/PR, 2003, p.31).*

Em 2003 foi também elaborada e implementada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que incorporou ações destinadas à prevenção, à assistência e à garantia dos direitos da mulher em diferentes campos. O conceito central da Política é a integração dos serviços nas áreas de saúde, segurança, educação, assistência social, cultura e justiça, de forma a permitir às mulheres romperem com o ciclo da violência. Com o *Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* apresentado em 2004, a SPM destinou recursos específicos à área e determinou as seguintes áreas estruturantes:

Figura 01: Áreas Estruturantes do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência

Extraído de: Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Balanço de ações 2006-2007 SPM/PR.

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, no âmbito da assistência, apresentou como meta o fortalecimento da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.

Para isso, segundo a SPM, estão sendo construídos, reformados e reaparelhados serviços como Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em situação de Violência, Defensorias Públicas da Mulher, Casas Abrigo e Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.

Em 2004, quando aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, como um de seus resultados foi estruturado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Este contou com 199 ações para execução sob

responsabilidade isolada ou compartilhada de 11 ministérios e secretarias especiais, em parcerias com as instâncias estadual e municipal de governo e movimento social.

Na área de enfrentamento da violência contra as mulheres o PNPM definiu quatro objetivos, seis prioridades e 31 ações que abarcam vários compromissos, como o de promover o atendimento integral e humanizado às mulheres em situação de violência; ampliar e aperfeiçoar a rede de atendimento; rever e implementar a legislação nacional e a aplicação dos tratados internacionais; promover ações educativas e culturais voltadas à prevenção da violência; atenção à saúde das mulheres em situação de violência, entre outros.

Em 2005, as parcerias estabelecidas pela SPM no Governo Federal envolveram nas ações de enfrentamento à violência o Ministério da Justiça, através da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) e Secretaria Nacional de Justiça (SNJ); o Ministério da Saúde, através da Área Técnica da Saúde da Mulher; o Ministério da Educação; a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República. Também no sistema Judiciário, as Defensorias Públicas têm sido parceiras na implantação de atendimento especializado para as mulheres e o Fórum Nacional de Juizados Especiais bem como a Associação Nacional de Defensores Públicos têm estado presentes na discussão sobre o tema.

A Lei Maria da Penha e os avanços legais.

Em 2006 foi implementada a Lei Maria da Penha (Lei nº. 11.340/06), que tipifica a violência doméstica e familiar contra as mulheres como um crime. A legislação brasileira, até este momento, segundo pesquisadoras na área e o movimento social de mulheres, não respondia de forma satisfatória à realidade de milhares de mulheres que no seu cotidiano são submetidas às mais variadas formas de violência. Anteriormente à lei, os crimes cometidos pelos agressores, na sua maioria, companheiros ou maridos, eram julgados pelos Juizados Especiais

Criminais (Jecrins), tratados da mesma forma que delitos no trânsito e considerados “de menor potencial ofensivo”.

A Lei Maria da Penha atendeu às recomendações do Comitê da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW), no âmbito dos tratados e convenções internacionais. Também respondeu às recomendações da Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher).

O país passou a ser o 18º da América Latina e Caribe a contar com uma lei de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. A nova legislação ainda estabeleceu na sociedade o debate sobre a equidade de gênero, uma reflexão que tem sido presente, inclusive, segundo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, no cotidiano das autoridades judiciais (BRASIL, SPM/PR, 2007).

Principais avanços da Lei

- Tipificação da violência doméstica e familiar contra a mulher: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral;
- Criação dos Juizados ou Varas de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher para julgar os crimes, com atendimento multidisciplinar;
- Criação de novas Defensorias Públicas da Mulher;
- Abertura de inquérito policial composto por depoimentos da vítima, do agressor e de provas documentais e periciais;
- Prisão em flagrante do agressor;
- Prisão preventiva do agressor;
- Medidas protetivas de urgência (suspensão do porte de armas, afastamento do agressor do lar, suspensão de visitas aos filhos etc.);
- Inclusão das mulheres em programas oficiais de assistência social;
- Atendimento à mulher em situação de violência por serviços articulados em rede, incluindo saúde, segurança, justiça, assistência social, educação, habitação e cultura.

Fonte: Lei Maria da Penha / Lei nº 11.340/2006

Desde sua implantação, a lei se depara com desafios tais como a necessidade de ampliar o número de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher para dar conta de acolher uma demanda tão específica quanto complexa, que é o enfrentamento à violência de gênero.

Equipamentos Públicos para o enfrentamento à violência contra a mulher

O fortalecimento dos equipamentos públicos voltados para o enfrentamento da violência contra a mulher foi uma reivindicação sempre presente nas pautas do movimento social de mulheres. Com o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres houve um incremento destes equipamentos, segundo a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, como é possível observar na figura seguinte:

Figura 02: Dispositivos criados para o enfrentamento à violência contra a mulher

Na publicação do balanço de implementação de 2006, a SPM/PR divulgou que em todo o país 73 Centros de Referência foram apoiados na sua criação e reaparelhamento.

Em relação às Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), a parceria estabelecida pela SPM/PR com a Senasp permitiu incluir recursos, no orçamento do Ministério da Justiça, para o programa de reaparelhamento de DEAMs. As Casas Abrigo, entre 2003 e 2004, tiveram 34 unidades apoiadas para reaparelhamento, manutenção ou criação, e em 2005 foram mais quatro (BRASIL,SPM/PR, 2006).

A partir de 2003, A SPM/PR passou a oferecer diretamente o serviço de Ouvidoria e a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180). A Ouvidoria se propõe a ser um espaço de escuta qualificada, atuando por meio da articulação com outros serviços semelhantes existentes em todo o país, encaminhando os casos que chegam para os órgãos competentes em nível federal, estadual e municipal, além de proporcionar alguns atendimentos diretos. No período de 2003 a 2005, foram realizados 635 atendimentos, dentre os quais 28% são referentes à violência doméstica, sexual, física e assédio moral (BRASIL, SPM, 2006).

Foi criada também a Central Telefônica de Atendimento à Mulher (Ligue 180) com funcionamento integrado à Ouvidoria; destina-se a receber denúncias, orientar e encaminhar os casos de violência contra a mulher. O número 180 é considerado de utilidade pública, permite ligações de todo território nacional, durante 24 horas e em todos os dias da semana. A Central de Atendimento também se configura como um importante instrumento para melhorar o conhecimento sobre os números da violência contra as mulheres no Brasil (SPM, 2006).

Ações para enfrentamento da violência contra a mulher na área da saúde

Na área da Saúde, o Ministério da Saúde divulgou que foram apoiados 39 novos serviços voltados para a atenção e atendimento a casos de violência sexual e estupro, e realizada uma intensificação da distribuição da “pílula do dia seguinte” - contracepção de emergência, que integra o protocolo de atenção aos casos de estupro. No ano de 2005, o Ministério da Saúde adquiriu e distribuiu métodos anticoncepcionais para 5.235 municípios

brasileiros, seguindo estes critérios: a existência de, pelo menos, uma equipe de saúde da família e a adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN.

A atenção à saúde das mulheres em situação de violência tem sido objeto de investimento para sua expansão, segundo o MS. Comparando-se com o ano de 2002, o número de serviços hospitalares habilitados para atender mulheres vítimas de estupro, estava em torno de 82, sendo que o aborto pós-estupro era realizado somente em 44; em 2005 o Ministério da Saúde apoiou, técnica e financeiramente, a organização de 24 novas Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, nos municípios com os piores indicadores de violência. Até 2006, foram divulgadas pela SPM a implantação de 121 serviços em todo o país.

Em relação à ficha de notificação de violência contra a mulher, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.406 em 5 de novembro de 2004, que instituiu o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher, e aprovou o instrumento e fluxo para notificação.

Inicialmente foi desenvolvido um pré-teste com uma ficha de notificação que abrangia a identificação de todas as formas de violência contra crianças, adolescentes e mulheres adultas, e a violência sexual contra homens de qualquer idade. Foi realizado um piloto nos municípios de Goiânia, Ribeirão Preto e Florianópolis, e posteriormente foram realizadas oficinas de avaliação que contribuíram para a definição de um novo desenho dessa ficha, considerando as diversas especificidades e o padrão do Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (BRASIL, MS, 2008). Referencia

Atualmente no Brasil, segundo o MS, referencia o monitoramento das violências para fins de vigilância epidemiológica é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito e da autorização de internação em hospitais públicos, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), que são gerenciados pelo Ministério da Saúde e se constituem como importante ferramenta para o conhecimento da carga das violências no país.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), segundo o MS, por sua abrangência, permite o conhecimento da mortalidade das violências e acidentes em âmbito nacional; seus dados são sistematicamente analisados e as informações divulgadas e utilizadas

para o planejamento de ações de intervenção. O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) permite o monitoramento das informações sobre internações hospitalares realizadas no SUS, e seu uso como ferramenta de vigilância epidemiológica é mais recente. Os dois sistemas possibilitam o conhecimento sobre os casos mais graves, de grande magnitude e que levam à internação e/ou morte; porém, ressalta o MS que os casos de menor gravidade, que demandam os hospitais de urgências e emergências e serviços especializados de atendimento às vítimas de violências e acidentes, não são captados pelo SIM e SIH/SUS, tornando esses eventos invisíveis no conjunto de fatores determinantes e condicionantes de sua ocorrência (Brasil, MS, 2008).

Foi considerando estas limitações do SIM e SIH/SUS em descrever as características apenas dos casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação, respectivamente, que o MS implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes. O VIVA foi estruturado, como demonstra a figura abaixo, em dois componentes:

- 1) Vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo), e*
- 2) Vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela) (Brasil, MS, 2008).*

Figura 03: Fluxograma do Sistema e Vigilância de Violência e Acidentes do Ministério da Saúde

Figura 1 – Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.

(*) Em caso de violência contra criança ou adolescente.

Extraído do Portal do Ministério da Saúde⁶

A vigilância epidemiológica de violências e acidentes, segundo o MS, vem complementar as análises epidemiológicas já realizadas com os dados dos sistemas de mortalidade e de morbidade hospitalar, revelando mais detalhes sobre as características da vítima, circunstâncias do evento e do provável autor de agressão. Outro aspecto que foi

⁶ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32129

considerado importante frente à insuficiência de informações sobre causas externas no Brasil é o fato de que estes dois sistemas fornecem uma descrição sucinta dos acidentes e violências, sem fornecer informações detalhadas do perfil de quem sofre violência ou do provável autor da agressão.

Assim, o que o MS aponta é que problemática fica subdimensionada e conseqüentemente prejudica a tomada de decisão para medidas efetivas de promoção da cultura de paz, prevenção e controle das causas externas. O objetivo do MS tem sido o de direcionar o olhar para melhor conhecimento do perfil epidemiológico das causas externas, sua magnitude, distribuição e gravidade, notadamente em relação às informações sobre violência doméstica, sexual e outras violências.

O processo de implantação do VIVA no SUS ocorreu inicialmente focado na realização de vigilância sentinela. Posteriormente o VIVA deveria ser implantado em municípios previamente selecionados, considerando-se os seguintes critérios:

Perfil epidemiológico (ranking de mortalidade por causas externas); Matriz da Exploração Sexual do Programa de Atividades Integradas Referenciais (Projeto PAIR); municípios e estados relacionados como prioritários para a implantação e implementação de ações de enfrentamento de violências sexual e doméstica; municípios e estados prioritários para a estruturação; municípios e estados priorizados para a implementação de ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes; municípios e estados que executavam ações intersetoriais de prevenção de violências e acidentes através dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde; municípios participantes do teste da Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras Violências Interpessoais); municípios participantes do Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (MS, 2008: p.04).

Durante o Seminário Temático de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, no início de 2006, foi apresentado o “Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes/Rede de Serviços Sentinelas de Violências e Acidentes para estados e municípios selecionados para a primeira fase do processo de implantação do VIVA. A estruturação do VIVA tem como respaldo as Portarias nº 1.356, de 23 de junho de 2006, e nº1.384, de 12 de

junho de 2007, que instituíram incentivo financeiro para a implantação da vigilância epidemiológica de violências e acidentes (Brasil, 2006).

A Área Técnica de Saúde da Mulher e a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) do MS divulgaram que eles têm buscado articulações contínuas através de capacitações, seminários e eventos para a implementação da ficha de notificação compulsória da violência contra a mulher nos serviços de saúde. No capítulo seguinte iremos analisar se a transversalidade de gênero está presente nas diferentes práticas como a notificação da violência, em um programa municipal de atendimento às pessoas que sofreram violência.

**5. PROGRAMA ILUMINAR CAMPINAS: DO CUIDADO INOVADOR
AO DESAFIO DA INCORPORAÇÃO DA CATEGORIA GÊNERO NAS
PRÁTICAS DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE SOFRERAM
VIOLÊNCIA.**

5.1. ANTECEDENTES DO PROGRAMA ILUMINAR

Inicialmente apresentaremos uma breve descrição da criação do Programa Iluminar; do modo como este foi estruturado e o cenário da organização dos serviços de saúde. A seguir vamos acompanhar e analisar o processo de co-construção da rede⁷.

Esse histórico foi escrito a partir de leituras de documentos, entrevistas com a equipe que participou desde o início da estruturação do Programa, e anotações do diário de campo. Vale lembrar que na perspectiva da TAR o desafio é seguir os Atores e formular a eles boas questões (ARENDT, 2008).

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) liberou para o Programa de DSTs/AIDS de Campinas uma verba de cem mil reais, para que o município capacitasse os profissionais dos hospitais no atendimento às mulheres que haviam sofrido violência sexual. O objetivo do MS era diminuir, entre as mulheres, a incidência de DSTs/AIDS que passaram por violência sexual, como nos conta a Médica Ginecologista:

Na época a Coordenadoria (de Saúde) da Mulher realizou um seminário com todos os serviços que estavam atendendo os casos de violência sexual. Campinas já tinha uma rede estruturada há muito tempo. O CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) fazia aborto e já atendia vítimas de violência mesmo antes das Normas Técnicas do Ministério (da Saúde). Neste seminário, juntou a rede, que era uma rede mais de serviços, Delegacia, IML, SOS Ação Mulher - uma ONG aqui de Campinas, os hospitais, juristas... e deste evento tirou-se um documento (...)

Este documento iria nortear ações para reduzir o índice de ocorrência e dos agravos resultantes da violência sexual em Campinas. Foi um projeto estruturado “mais na perspectiva preventivista, onde estava previsto para ser desenvolvido em um ano, um ‘Disque-Denúncia’ com uma equipe multiprofissional e um telefone 0800.”

⁷ Como apresentado anteriormente, quando a rede citada se referir a rede de atenção estabelecida dentro do Programa Iluminar vamos utilizar a rede com “r” (minúsculo) e todas as vezes que nos referirmos a Teoria Ator Rede utilizaremos “R” (maiúsculo)

Este documento foi entregue ao prefeito, mas não foi implantado. Não “teve nenhum impacto na época.” A rede manteve o padrão de atendimento e continuou sem qualquer mudança. As dificuldades como os problemas na comunicação entre os serviços e no transporte das mulheres entre a delegacia e os serviços de saúde, permaneceram.

Em 2001, uma nova gestão assumiu a Coordenadoria de Saúde da Mulher que, ao tomar conhecimento do projeto e dos recursos que ainda não haviam sido utilizados, tomou nova iniciativa:

Nós não conhecíamos o projeto na íntegra, e o dinheiro, cem mil reais estava no Fundo Municipal parado. Então nós pensamos que montar aquele Disque-Denúncia, não era fácil. Não dá pra montar um programa desse, gastar esse dinheiro para fazer o que já estava fazendo.... A gente não tinha experiência com disque-denúncia. E eu perguntava ainda mais além: tem rede funcionando? Porque você precisa ter essa retaguarda para propor um serviço desse (Médica GO).

A Coordenadoria de Saúde da Mulher solicitou que todos os participantes do primeiro seminário se reunissem novamente para discutir a razão pela qual o projeto não estava sendo desenvolvido. Naquele momento, a Coordenadoria expôs sua opinião sobre a inviabilidade de utilizar os recursos somente na proposta elaborada e requisitou a autorização para reformular o projeto:

Pedi autorização para eles, que já haviam discutido o projeto; para modificar, propor alternativa, para melhorar e qualificar essa rede que a gente já tinha (Médica GO)

Foi iniciada a identificação das estratégias mais viáveis para melhorar a rede de atenção a pessoas que sofreram violência sexual, a partir dos dispositivos já existentes.

A Coordenadoria começou a listar todos os serviços e equipamentos públicos ou de organizações não-governamentais e instituições de ensino, onde uma pessoa que sofreu violência sexual poderia passar, ou entrar em contato. Uma vez identificados os serviços, eles foram convidados a compor a rede de cuidados que estava se formando.

Para a identificação dos possíveis percursos eles tomaram como exemplos casos que já haviam sido atendidos e traçaram o histórico dos serviços utilizados.

Neste percurso, foi identificado que as crianças e adolescentes passaram pelas escolas, creches, Conselho Tutelar e serviços de Saúde. As mulheres adultas percorreram o abrigo de mulheres, a organização não-governamental SOS Ação Mulher; os Centros de Referência de Assistência Social, os Núcleos de Cidadania, a Delegacia da Mulher, o IML e os serviços de saúde em geral.

Um das principais preocupações da Coordenadoria era a urgência do atendimento, principalmente na ocorrência de violência sexual urbana com autor desconhecido, e elas tinham como meta promover o atendimento em até 72 horas (diário de campo).

A Guarda Municipal, que não estava na lista inicial dos serviços, passou também a integrar essa rede, demonstrando a possibilidade de novos entrelaçamentos e parcerias para o cuidado.

Assim, em agosto de 2001, a Coordenadoria de Saúde da Mulher da Prefeitura Municipal de Campinas, em parceria com o Ministério da Saúde, implantou o *Programa Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual*, visando ampliar as ações do município na atenção às mulheres, adolescentes, crianças e homens vítimas de violência sexual, conforme foi noticiado pela Assessoria de Imprensa da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

A Secretaria de Saúde de Campinas lançou nesta quarta-feira (8) o Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual. Através deste projeto, os cidadãos campineiros acometidos pela violência sexual serão acolhidos pelos serviços municipais e receberão assistência médica, social e psicológica.

O município, que elaborou um protocolo para atender às vítimas e passa a notificar os casos, é pioneiro no Brasil a lançar o projeto com tamanha abrangência e amplitude de cuidados. Para a implantação do Iluminar, a Secretaria de Saúde recebeu verba do Ministério da Saúde e entrou com uma verba de contrapartida.

A primeira etapa do Iluminar começou nesta quarta-feira com a preparação – treinamento - dos profissionais para acolher as vítimas. Até dia 17 de agosto, 300 pessoas estarão sendo qualificadas para atuar no Iluminar. A qualificação acontece em parceria com as secretarias de Educação, Assistência Social e Segurança Pública, CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher), CEMICAMP (Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas) e SOS Ação Mulher.(...)

Estes profissionais vão estar preparados para prestar assistência médica integral às vítimas. Isto inclui acolher a pessoa vitimizada, ouvir a queixa, realizar exames e coletar secreções, fazer anticoncepção de emergência – nas mulheres -, vacinar contra hepatite e fazer prevenção de DST/AIDS. (Assessoria de Imprensa, 08/08/2001)

De acordo com os organizadores, o Programa Iluminar buscou agregar novos elementos na rotina de cuidado dos serviços, capacitou os profissionais de diferentes setores e estruturou a rede existente em busca de melhor resposta à qualidade e ao tempo de atendimento às pessoas que sofreram violência sexual.

O nome Iluminar foi escolhido porque a rede foi concebida como sendo um modo de levar luz às questões relativas à violência. O Princípio básico que orienta a rede é que a violência é um problema de saúde pública e não somente um problema policial. Nesta perspectiva, os serviços de atendimento prestados às vítimas visam em primeiro lugar o cuidado e o acolhimento da pessoa fragilizada pela situação de violência que sofreu. Para atingir essa meta todos os profissionais envolvidos no atendimento foram treinados para que possam acolher a pessoa e realizar o atendimento mais indicado para cada caso (Brigagão e Lima e Silva, 2005).

A construção do Programa Iluminar se deu num cenário favorável a mudanças, pois o movimento sanitário de Campinas teve importante influência na organização dos serviços de saúde locais e na consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

A seguir será apresentado um pouco dessa história para contextualizar as transformações.

A história sanitária de Campinas⁸ e a contribuição para inovação do cuidado às pessoas em situação de violência sexual

Campinas, com aproximadamente 1 milhão de habitantes, distribuídos em centenas de bairros e em quatro distritos, está localizada a 97 km da Capital. Atualmente a organização

⁸ A história do movimento sanitário de Campinas tem importante significado no Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Para leitura mais aprofundada ver Cecilio. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.

dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas está estruturado em cinco distritos de saúde (DS), responsáveis pela coordenação dos 61 Centros de Saúde (Unidades Básicas de Saúde). Estes serviços, segundo a Secretaria de Saúde, têm território e população bem definidos, gerenciam informações dos nascimentos, óbitos, doenças de notificação compulsória e perfil de atendimento ambulatorial. A partir dessas informações e de protocolos assistenciais pactuados no SUS o município faz o planejamento e programação das ações de Saúde, tendo suporte e retaguarda de equipes técnicas distritais e centrais da Secretaria Municipal de Saúde.

Os Centros de Saúde (CS) contam com um Conselho Local de Saúde, com representantes da população usuária, dos trabalhadores de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Está dimensionado em Campinas 1 CS para aproximadamente cada 20.000 habitantes, com equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, gineco-obstetras), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as áreas da mulher, criança e adultos), dentistas, auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário. Outros profissionais de apoio completam essas equipes. Cerca de um terço das equipes de CS contam com profissionais de saúde mental, médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais (Campinas, SMS, 2008).

Na área de assistência de Urgência e Emergência, os serviços estão ligados diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde. O sistema de Urgência e Emergência integra o Hospital das Clínicas da UNICAMP e a Maternidade de Campinas (ambos atendem demanda referenciada), e o Hospital e Maternidade Celso Pierro – PUCCAMP.

Os serviços municipais que integram a Urgência e Emergência são: PS do Hospital Municipal Dr. Mario Gatti; Pronto Atendimento Anchieta; Pronto Atendimento Dr. Sérgio Arouca (Campo Grande); Pronto Atendimento Centro; Pronto Atendimento São José; PS do Complexo Hospitalar Ouro Verde e o SAMU - 192 - Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

As unidades destinadas ao atendimento especializado contemplam diversas áreas, como o Ambulatório Ouro Verde; 7 CAPS - Centro de Atenção Psico-social; 1 CEVI - Centro de Vivência Infantil; 1 CRI - Centro de Referência Idoso; 1 CRIAD - Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Drogas, 1 CRAISA - Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, 1 Centro de Referência em Reabilitação, 1 CRST - Centro de

Referência em Saúde do Trabalhador, 1 Centro de Referência do Programa Municipal de DST/Aids de Campinas, 1 Banco de Leite Humano e 2 Policlínicas.

A forma como estão organizadas hoje as unidades de saúde reflete a presença marcante de vários atores de Campinas, que através da atuação na academia e nas práticas assistenciais colaboraram e ainda colaboram para a discussão e consolidação da concepção ampliada sobre o cuidado.

O Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP e sua contribuição na organização dos serviços de saúde locais

O Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas (UNICAMP) foi criado em 1965 e nos anos 1970 passou por grande reformulação, resultado de reelaboraões teóricas que estudiosos, atentos às demandas sociais, estavam propondo no departamento.

A introdução de novos conteúdos curriculares, como a Medicina Social - que se consolidava preocupada com a organização social da prática médica no país e com a política de saúde - no departamento procurava reorientar a formação médica e, assim, não mais reproduzir os modelos preventivistas e da higiene (CANESQUI, 1990).

A fim de redefinir o modelo comunitário de ensino e assistência, o departamento buscou a cidade vizinha, Paulínia, para ser a base de um projeto de integração, onde foi estruturado o Centro de Saúde-Escola de Paulínia. Neste projeto, os profissionais anteciparam a organização de uma rede pública local de serviços de saúde, de caráter hierarquizado e abrangente quanto à cobertura da população.

Ao mesmo tempo em que se pretendia desenvolver um modelo assistencial que fosse reproduzível, articulava-se intervenções que possibilitassem a mudança na formação médica na Faculdade de Ciências Médicas.

O projeto de Paulínia buscava a inclusão da população na gestão dos serviços de saúde, aproximando e promovendo maior capacitação frente à apropriação do saber médico, rompendo assim com a velha educação sanitária e trazendo uma prática pedagógica

democrática e organizacional dos movimentos sociais. Segundo Canesqui, muitos programas médico-assistenciais e preventivos, como a saúde escolar; o programa de criança, de gestante, a clínica de família, dentre outros, foram criados em nível do Centro de Saúde-Escola de Paulínia ou interrelacionados com as instituições públicas locais.

No final da década de 1970, o Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-5), que era um órgão da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES), agregava um grande número de médicos sanitaristas, que eram profissionais que trabalhavam em tempo integral e em regime de dedicação exclusiva no setor público; em suas práticas afirmavam o compromisso com um projeto estatizante para o setor de saúde. Estes sanitaristas trabalhavam nos centros de saúde da região, nas direções loco-regionais dos distritos sanitários, e nos cargos de nível central do DRS-5. Dessa maneira, exerceram importante influência sobre o conjunto dos funcionários da região e constituíram uma massa crítica e de apoio ao projeto mudancista que estava se articulando em Campinas (CECÍLIO, 2006).

Em 1978, os serviços públicos de saúde de Campinas foram organizados através do modelo de Atenção Primária em Saúde e em constante reflexão com o Departamento de Medicina Preventiva e Social. O programa de Medicina Comunitária proposto permitiu caracterizar a política de saúde do município através da democratização da atenção médica, da extensão da cobertura, com instalação de redes básicas de atenção à saúde, que previam a hierarquização dos níveis de atenção da medicina integral e a participação comunitária (L'ABBATE, 1990).

Os primeiros Postos Comunitários de Saúde (PCS) foram estruturados na região periférica da cidade e em zonas rurais, atendendo às necessidades daquela parcela da população. As ações desenvolvidas seguiam a programação da Secretaria de Estado da Saúde, para o atendimento à criança, ao adulto e à gestante, sendo que aos poucos foram incorporados outros atendimentos, tais como: assistência às doenças crônicas (Diabetes e Hipertensão Arterial), à saúde mental, saúde bucal e vacinação. (MELLIN, 1998)

Os trabalhadores que atuava nos postos de saúde eram médicos e auxiliares de saúde pública, estes foram recrutados da própria comunidade e treinados em serviço pelos médicos que, além de acompanhar os programas de saúde e realizar as consultas, respondiam também pela supervisão desses auxiliares (NASCIMENTO e cols, 2007).

No processo de implantação dos postos de saúde, os auxiliares de saúde, em sua maioria, foram selecionados pelas equipes locais entre integrantes e líderes políticos das comunidades eclesiais de base (MELLIN,1998).

Compartilhando a organização com os municípios de Londrina e Niterói, o município de Campinas foi sede, em 1978, do primeiro Encontro Municipal de Saúde da Região Sudeste, reunindo representantes de 61 municípios de todas as regiões do Brasil. Com análises críticas ao modelo de saúde vigente no país, com gastos excessivos e internações hospitalares desnecessárias, as recomendações do evento solicitava a revisão da política tributária e destinação de 5% a 10% do orçamento municipal às Secretarias Municipais de Saúde, de acordo com recomendações de organizações internacionais de saúde, para viabilizar a atenção primária, através da formulação de mecanismos de participação dos municípios na elaboração da política nacional de saúde e o credenciamento dos serviços municipais de saúde para o desenvolvimento do Programa Nacional de Imunizações (NASCIMENTO e cols, 2007).

Em 1981, a Secretaria Municipal de Saúde diante das diretrizes estabelecidas no Programa de Atenção Primária à Saúde, cujas metas principais eram a extensão do atendimento à população do município, a expansão dos PCS e a regularização jurídica dos servidores lotados nos referidos postos de saúde, formalizou-se o serviço de saúde da comunidade, através do Decreto nº 6610 de agosto de 1981. Tal instância, segundo NASCIMENTO e colaboradores (2007), era subordinado ao Departamento de Saúde, e assumiria a responsabilidade de coordenar e executar os serviços de saúde comunitária, desenvolvidos pelos PCS da rede municipal de saúde.

Com vistas à municipalização dos serviços de saúde, a Prefeitura Municipal de Campinas assinou em 1987, o convênio Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A gestão da SMS, iniciada em 1989, adota como prioridade a ampliação da rede de serviços, a reforma da gestão e do modelo de prestação de serviços de saúde. Com esse objetivo, são criadas as Diretorias Regionais de Saúde I, II e III (DRS), compostas por equipes multiprofissionais, alocadas no nível central da SMS para consolidar planos locais. Também são instituídos os Colegiados de Coordenadores e de Governo, a Assembléia de Trabalhadores de Saúde, como instâncias formuladoras de proposições encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde (NASCIMENTO e cols, 2007).

Em 1989, a rede de serviços da Campinas deveria funcionar então, como porta de entrada do sistema de saúde, com grau de resolução compatível com o modelo de atenção integral à saúde, sem render-se à lógica dos pronto-atendimentos públicos e privados. Assim, segundo NASCIMENTO e colaboradores (2007), as ações da Secretaria Municipal de Saúde intensificaram a modificação dos padrões de funcionamento do sistema, buscando democratizar o acesso e melhorar as condições de trabalho para uma maior participação dos usuários e profissionais na gestão dos serviços. As transformações das relações entre os trabalhadores buscavam ainda a superação do modelo limitado da tradicional relação médico-paciente no serviço público (CAMPOS, 2003).

Para promover tais mudanças, a gestão municipal capacitou profissionais das equipes de saúde para trabalhar com a clínica, apoiados nas noções de saúde pública e saúde mental; decidiu-se priorizar a modificação da relação distante estabelecida com a população no atendimento nos serviços de saúde, vinculando-a a uma equipe de saúde de referência para o cuidado de ações programadas de promoção de saúde e para atenção individual.

As unidades de saúde passaram a ter autonomia para organizar seu processo de trabalho, seguindo a lógica da descentralização, e tinham nas diretrizes gerais da política de saúde os objetivos e estratégias previamente definidos. Foram criadas diretorias regionais de saúde, compostas por equipes multidisciplinares, que receberam a função de coordenar todas as ações de saúde de uma determinada região - tanto as hospitalares, como as de saúde pública e atenção básica. Essa lógica visava reforçar a noção de trabalho em equipe.

O desenho técnicoassistencial foi norteado por alguns princípios gerais do movimento sanitário, como gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Ao desenvolverem as tecnologias de gestão, trabalharam a ampliação da clínica e da saúde coletiva integrando esses dois campos e utilizaram o conceito de integralidade com uma matriz genérica na orientação das políticas sociais e na organização dos sistemas de saúde (CAMPOS, 2003). Em Campinas, segundo os teóricos, esta integração clínica-saúde coletiva possibilitou se pensar numa produção de saúde onde o usuário existe na sua singularidade e a saúde passa a ser compreendida em coeficientes relativos ao estado de cada pessoa ou de cada agrupamento populacional. Para o trabalho de enfrentamento à violência nos serviços de

saúde, essa noção de sujeito dá visibilidade para as questões de classe, gênero, etnia, e por situações vivenciadas em sua singularidade social, cultural, geracional e econômica.

Em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família, inserindo os princípios de acolhimento, responsabilização, co-gestão, entre outros (FIGUEIREDO, 2005). Como consequência disso os profissionais dos Centros de Saúde foram reorganizados em Equipes de Referência para famílias de determinado território geográfico. Isso foi um marco na definição da organização do trabalho, que deixa de ser por programas ou áreas clínicas e, passa a ser organizado para os usuários da abrangência de cada equipe.

Com essa nova estruturação, as especificidades (saúde mental, coletiva, reabilitação física) passaram a ocupar um lugar de apoio, junto às equipes de referência, numa perspectiva de ampliar a sua clínica, realizar Projetos Terapêuticos, de forma a facilitar a vinculação e responsabilização, desconstruindo a lógica dos encaminhamentos desnecessários (FIGUEIREDO, 2005).

Ao se criar a rede básica de saúde que buscou cuidar dos sujeitos na sua integralidade, os conceitos como solidariedade e vínculo parecem ter ficado mais presentes na preparação dos profissionais para as demandas da clientela. Estas mudanças podem ter aproximado as diferentes realidades sociais do município enquanto buscavam o resgate do valor das pessoas, tanto dos profissionais de saúde como de seus pacientes ou familiares.

Parece que a inclusão na agenda pública de modelos inovadores de atenção à saúde facilitou a entrada da questão da violência sexual. Utilizando a noção de personalização do atendimento e considerando que cada caso é singular e exige um projeto terapêutico único, o Projeto Iluminar se articulou ao Modelo Paidéia e trabalhou com seus conceitos articulados na gestão do cuidado, como será apresentado a seguir.

2. Implantação

As capacitações

Na compreensão da Coordenadoria, para que a rede se consolidasse e gerasse modificações substanciais nas ações de todas as áreas envolvidas, era necessário construir uma linguagem única e capacitar os profissionais para a prática. Foram então definidos os seguintes pressupostos que nortearam as capacitações:

- *Violência sexual é um problema de saúde pública e não de polícia;*
- *a realização da prevenção eficaz se faz com a urgência no atendimento em até 72hs;*
- *promover a proteção e impedir a revitimização das pessoas nos serviços;*
- *pessoas que passaram por violência precisam de cuidado (Diário de Campo)*

As capacitações começaram nos prontos-socorros, pois, para a Coordenadoria do Programa estes locais são portas de entradas importantes no itinerário e garantiriam a urgência do atendimento às pessoas que passaram por situações de violência sexual.

O Programa Iluminar estava sustentando na prática a orientação que a Organização Mundial da Saúde já havia lançado há tempos, de que a violência é um problema de saúde e deveria ser acolhida nestes espaços. Ao inserir o setor de saúde como a primeira porta de entrada do fluxo de atendimento, destituía o enfoque policial e sustentava a importância do setor de saúde assumir esse cuidado.

É importante destacar que desde o início os cuidados estavam voltados para as situações de “violência doméstica contra criança e adolescente, violência sexual em qualquer idade e sexo e de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes”. Não incluindo num primeiro momento a violência doméstica contra a mulher adulta, onde o autor da agressão é um parceiro íntimo.

No fluxo definido para atendimento, a Delegacia não seria mais o primeiro contato da pessoa, mas sim um serviço de saúde.

Os primeiros locais de capacitação da rede foram: o Pronto-Atendimento Ouro Verde, o Pronto-Atendimento São José, o Pronto-Atendimento Vila Padre Anchieta e os Pronto-Socorros infantil e adulto do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, como explicou a Médica Ginecologista da Coordenadoria de Saúde da Mulher.

Como na violência aguda a pessoa tem que chegar antes de 72 horas e quem irá atendê-la serão os prontos-socorros, eles precisavam ser capacitados primeiro. Os profissionais de lá iam ser capacitados em serviços, porque não dá pra você

tirar plantonista. Combinamos que iria ter um benefício, que as pessoas iriam receber um plantão. (...) Esse dinheiro dos plantonistas, era coisa da Secretaria da Saúde, era um acordo que eles iriam pagar. O Secretário topou e os profissionais receberam.

A decisão política em apoiar as capacitações, segundo os interlocutores entrevistados, possibilitou uma grande mobilização dos outros setores; por exemplo, todas as escolas do município participaram. Foram 180 escolas no total, e cada unidade foi representada por duas pessoas, geralmente a coordenadora pedagógica e a diretora. A Assessoria de Imprensa destacou a organização da capacitação do Programa:

A Secretaria de Saúde de Campinas prossegue, nesta quarta-feira (5), com o treinamento do Iluminar Campinas - Projeto de Assistência às Vítimas de Violência Sexual. O projeto vai cuidar dos cidadãos campineiros acometidos por este tipo de violência, que receberão dos serviços de saúde do município assistência médica, social e psicológica.

Nesta segunda etapa do Iluminar, médicos, enfermeiros e assistentes sociais dos Prontos Atendimentos Ouro Verde, Anchieta e São José, além de profissionais dos prontos-socorros adulto e infantil do Hospital Mário Gatti vão ser treinados para atender pessoas vitimizadas pela violência sexual. (...) Na primeira etapa, em agosto, a Secretaria treinou diretores de escola, EMEIs, creches e diretores e coordenadores de serviço social, profissionais da Guarda Municipal, Conselho Tutelar, além de profissionais do Craisa (Centro de Referência, Assistência e Informação à Saúde do Adolescente) e do IML (Instituto Médico Legal) para atender e encaminhar as vítimas. Em outubro, na terceira etapa do Iluminar, o treinamento será direcionado aos profissionais dos Centros de Saúde. (Assessoria de Imprensa, 04/09/2001)

Segundo o interlocutor da Guarda Municipal, o gestor local considerou o tema de grande relevância para a formação de seus profissionais, e após a participação nas primeiras capacitações que ocorreram na organização do cuidado do Programa Iluminar, inseriu na agenda oficial de treinamento da corporação o módulo do Programa; assim, a temática passou a integrar a formação dos guardas.

Todos os Conselhos do município foram chamados para compor a rede e participaram da capacitação. Estiveram presentes o Conselho Tutelar, os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente de Campinas, do Idoso, da Pessoa Portadora de Deficiência além da Guarda da Infância e Adolescência, o Centro de Referência

em DST/AIDS; as ONGs que trabalhavam com a questão e o Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI).

A seguir será apresentada a metodologia criada para efetivar essas capacitações, destacando a articulação com os conceitos que estavam circulando nos serviços de saúde.

O modelo Paidéia e as necessidades das pessoas que sofreram violência.

Na área da Saúde, os serviços já trabalhavam com o conceito “Paidéia” que havia sido trazido por Gastão Wagner de Sousa Campos, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp e que na época atuava como gestor da Secretaria Municipal de Saúde.

Paidéia é um conceito oriundo da Grécia Clássica que remete à ideia do desenvolvimento integral das pessoas. Foi criado no período em que os gregos sonhavam com cidades democráticas; a construção dessas cidades dependeria de um método novo de governar e viver (CAMPOS, 2003).

CAMPOS, considerando as necessidades da coletividade e dos indivíduos, criou uma metodologia de trabalho baseada neste conceito. Buscou reconstruir uma teoria sobre o processo de saúde e doença centralmente preocupada com a produção de saúde. Para ele não bastava somente “melhorar a informação, mas também assegurar capacidade de compreensão e de decisão aos vários setores envolvidos em um projeto” (2003, p.25). O autor trazia também a preocupação com a construção de novos padrões de relação entre as pessoas, ou seja, um projeto deveria almejar alterar o ambiente, as pessoas e as relações sociais envolvidas.

Dessa maneira a Coordenadoria trouxe para a metodologia das capacitações o conceito de Paidéia e uma preocupação que vinha de educação em saúde, de construir, com o trabalho de enfrentamento à violência, conceitos que seriam levados de modo significativo para a prática, como contou a Médica Ginecologista da Coordenadoria de Saúde da Mulher.

A gente precisava de conceitos muito claros, que fossem de fácil entendimento, gerassem um significado para a prática. Buscamos as noções de cuidado de Leonardo Boff, resiliência - que eu tinha conhecido através da psicóloga Cenise

Monte Vicente, e solidariedade operante, de que o Cortella da PUC escreve muito. (...) Juntamos um “pacote” e pensamos que a gente precisava de um “cuidador” com essas características: que efetivasse o cuidado, fosse um outro signifiicante nesta rede de resiliência e transformasse o cuidado numa ação operante de solidariedade, que é encaminhar para o local certo, na hora certa, não deixar a pessoa esperando, não revitimizar... (...) A gente fez tudo isso de uma vez, junto com a implantação do Paidéia. Isso foi muito difícil, mas ao mesmo tempo foi um ponto muito positivo porque a gente incorporou o cuidado a um projeto terapêutico singular que era um discurso que o Gastão trazia, muito bonito. (...) Então a gente juntou os dois discursos e os dois conceitos, que era o de cuidar e o projeto terapêutico. Isso ajudou muito porque na hora da capacitação dos Centros de Saúde, não tivemos dificuldades. (...) A pessoa precisa de projeto terapêutico e isso envolve Assistência, Educação... então foi mais fácil fazer roda. (...) Isso que deu a grande saída, juntou muito facilmente o entendimento do processo - que a pessoa que sofreu violência precisava deste olhar melhor - mas não necessariamente que todos precisam do mesmo olhar, que vem dentro do projeto terapêutico. (Médica GO)

Considerando que em qualquer encontro entre o profissional e o usuário estão presentes diferentes histórias de vida, condições sociais, culturais, valores e sentimentos, essa situação fica mais complexa quando está presente a violência.

Preocupadas com esta complexidade, a equipe do Iluminar propôs o início da capacitação pelo módulo que consideraram “aprender significativo”, onde trabalhavam o tema com sensibilizações. No restante do módulo foi proposto o trabalho colaborativo, estimulado a replicação das informações e discutido o fluxograma proposto.

Nas duas falas abaixo pode-se compreender a replicação das informações em serviços, citada pela Assistente Social, e a forma pela qual a rede e o fluxograma auxiliam na prática - segundo a Médica Pediatra que hoje está em um serviço da Atenção Básica, mas já atuou na Coordenadoria de Saúde da Criança e Adolescente.

Quando eu cheguei no serviço já havia acontecido a capacitação, quem me passou as orientações foi a outra Assistente Social M. (...) Pelo que ela contou deve ter sido um evento bem grande, porque reuniu vários serviços, uma mobilização difícil na saúde. (Assistente social).

Nos não tínhamos sacado que era possível construir uma rede dessa. Esse é o pulo do gato. A gente tinha medo de notificar o Conselho Tutelar. Era muito complicado o trabalho com eles, não tinha uma preparação. (...) Porque por

exemplo, um caso que peguei, agora recente, os pais da criança vieram para o CEAMO, com os psicólogos. É uma retaguarda que você tem. Então a rede constrói uma saída para o problema. Você dá a oportunidade de cuidar da família. A criança precisa de proteção e cuidado, mas a família também. (...) É importante para os profissionais conhecerem as possibilidades de cuidado do município. Hoje nós temos noção dos equipamentos sociais, dos dispositivos disponíveis aos quais a gente pode recorrer (...) A divulgação da rede ajudou muito isso. (Pediatria da Atenção Básica)

A complexidade da violência gera incômodos e sentimentos muitas vezes estranhos à rotina dos profissionais. O cuidado as pessoas que passaram por situações de violência sexual, em qualquer idade, é sempre muito impactante, pois a submissão e o anulamento do outro e o uso do poder na relação de violência traz indignações de diversas ordens, como na fala da Pediatra da Assistência:

Eu acompanhei recente um caso de uma pré-adolescente. Quando a Pediatra percebeu que ela estava sendo violentada, ela foi trazida pela escola, (...) a Pediatra não deu conta de iniciar a investigação. Não deu conta de iniciar o contato. Aquilo deixou ela tão mobilizada que ela não deu conta. Aí entrei junto para ajudar e fomos construindo juntas o cuidado, a forma de falar com a garota, de perguntar, chamar a mãe (...) mudando esse olhar da mãe, oferecendo ajuda. Ressaltar que estávamos para ajudar e não culpabilizando ninguém. Aí fomos indo, e nessa orientação você passa para a pessoa a importância da notificação, qual é o papel dela nesse atendimento. (...) Essa ficha possibilita você pedir ajuda a outras instituições, porque uma coisa é fazer o atendimento no consultório, porque a violência te mobiliza tudo. Mobiliza o furor contra o agressor e você tem que trabalhar tudo isso. Então você tem que pegar essa pessoa e protegê-la. (Pediatria da Atenção Básica).

O que a Pediatra relata é que neste encontro com o usuário, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que dificultam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de cuidado.

A percepção e o entendimento dos sentimentos, dos afetos mobilizados, geram uma maior possibilidade de escutar, de perceber mensagens não-verbais, de acolher o usuário, de estabelecer vínculos. Portanto, uma maior capacidade da intervenção terapêutica (BALINT, 1988).

O Programa Iluminar trouxe uma proposta de arranjos tecnoassistenciais que visam contribuir para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários. Isso inclui uma relação mais horizontal e o olhar para a diversidade do viver. Essa proposta vem influenciada pelo movimento sanitário que ressaltava a necessidade de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como “malha de cuidado ininterrupto à saúde” e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos (BRASIL, 2005).

Um dos conceitos que nortearam as capacitações foi o de *solidariedade operante*, que dentre responsabilidades está em saber encaminhar para o local certo, e não deixar a pessoa esperando por cuidado, evitando a revitimização. O modelo de projeto terapêutico que já vinha sendo incorporado na metodologia de trabalho no setor de saúde por CAMPOS (1992) também foi utilizado e destacou a importância de propor ações tendo como referência a construção da autonomia do usuário, ou seja, contribuir para aumentar a sua capacidade de enfrentar os problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, de instituir novos modos de vida, de ser protagonista na produção da saúde e de si.

Trazer esse conceito para o trabalho com a questão da violência significou valorizar o diálogo com os saberes e desejos do usuário na construção dos seus cuidados.

A violência sexual na vida das mulheres em idade reprodutiva, como já citado, pode acarretar na ocorrência de gravidez. No momento do atendimento, para que a mulher consiga decidir, dentro de seu contexto cultural, social e religioso, os procedimentos mais adequados a sua realidade é necessário o esclarecimento de todos os recursos e ações disponíveis e garantidas por lei.

A realização do aborto legal na rede de cuidados, além de efetivar o direito e consolidar a prática (que ainda encontra muitas resistências dos profissionais no Brasil para a realização), transmite a ideia da organização do cuidado pautada na singularidade. Os profissionais garantem a prática mas adequam a consolidação do direito às necessidades e crenças das mulheres. Isso pode ser notado ao se analisar os dados dos atendimentos realizados no ano de 2004 às 18 mulheres pós-púberes que sofreram estupro e tiveram a ocorrência de gravidez pós-violência. Três delas decidiram manter a gravidez e doaram seus bebês para a adoção, após receberem todas as orientações sobre o aborto legal e estarem dentro das condições para a realização do mesmo. Para as mulheres que escolhem a adoção

um outro modelo de atendimento foi estruturado, onde elas receberão todas as orientações, apoio e cuidado que a situação exige.

Os encontros das capacitações

Os encontros das capacitações reuniram uma média de 80 pessoas por vez e foram iniciados em agosto de 2001. Para os profissionais dos serviços de saúde, a duração foi de 16 horas; para os demais da rede, 8 horas.

No início das capacitações, ocorreu o assassinato do prefeito e então ocorreram muitas mudanças, como a troca de gestores nas Secretarias Municipais. Apesar do impacto, o cronograma do Programa Iluminar não sofreu alterações. Segundo a Médica Ginecologista que estava na coordenação das capacitações, as pessoas que assumiram ou já estavam acompanhando de seus cargos anteriores às articulações, ou quando assumiram, continuaram o apoio.

...nós começamos (as capacitações) em agosto de 2001, depois em setembro, morria o prefeito, assassinado (...) Foi um impacto muito grande porque aí, tudo novo. (...) Secretária, Secretária da Segurança, da Educação... a sorte foi que a vice (prefeita) que assumiu era uma mulher e estava por dentro. Ela estava com a gente nesse processo, interessada, preocupada com a questão da mulher. (Médica GO)

Os módulos das capacitações foram divididos em dois momentos: no primeiro, direcionou-se o conteúdo que estava voltado para a sensibilização, enfocando os aspectos mais afetivos, emocionais, sociais e culturais que envolvem o tema. Neste momento era trabalhada a necessidade de consolidar os direitos das mulheres e a desconstrução dos conceitos arraigados socialmente sobre violência, infância/adolescência e gênero. Na segunda etapa, foram apresentadas as informações mais técnicas e específicas por área de atuação. A discussão do fluxo fechava todos os encontros e os profissionais visualizavam a rede de cuidados.

O Programa Iluminar convidou o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) para ministrar nas capacitações a parte referente ao cuidado e tratamento a violência sexual.

O CAISM na rede de cuidados

O CAISM foi criado em 1986 para oferecer atendimento às mulheres nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia, Oncologia (ginecológica e mamária) e também àquelas que passaram por situações de violência sexual. Este atendimento especializado na área da violência fez com que o CAISM se tornasse uma referência, sendo considerado um serviço modelo neste atendimento.

A atenção aos casos de violência sexual inicialmente aconteciam no CAISM de forma não sistematizada; um número pequeno de mulheres procurava assistência quando havia necessidade de internação em virtude de lesões ginecológicas graves, ou em busca de informações para interrupção da gestação.

Devido ao crescente número de casos, em meados de 1996 foi criado no Departamento um protocolo para atendimento às mulheres que haviam sofrido violência e para aquelas que seriam acompanhadas após seis meses da ocorrência, conforme relata o Médico Ginecologista.

Os protocolos foram criados para organizar os atendimentos que já existiam. Eles foram aprovados nas reuniões médicas aqui da nossa área, Ginecologia, nos comitês aqui internos. Paulatinamente outros profissionais foram entrando: assistentes sociais, enfermeiras, psicólogas, e criou-se um protocolo de atendimento multiprofissional.(...) As normas foram criadas e nós fomos organizando o atendimento. (...) Aproximadamente em 1997, por conta da nossa pequena experiência que estávamos começando a desenvolver aqui, o Ministério da Saúde decidiu elaborar uma norma técnica para esse tipo de atendimento e chamou algumas pessoas daqui para elaborar essa norma. (Médico Ginecologista).

O atendimento, na área de violência sexual, dentro do CAISM, passou a seguir um fluxograma para os casos de ocorrência imediata ou remota sem gravidez, e um outro para os

casos com gravidez decorrente da violência. Na unidade de internação do CAISM é realizado, pela enfermagem e em seguida pelo médico, o atendimento imediato.

As mulheres grávidas em decorrência da violência sexual são recebidas em outra rotina: elas são inicialmente avaliadas por uma profissional do serviço social e posteriormente é realizada uma avaliação médica e uma psicológica. Todas as mulheres são encaminhadas para a realização de uma ecografia.

Para decidir sobre a solicitação de interrupção de gravidez é realizada uma reunião da qual participam todos os profissionais que atenderam a mulher: médico, psicóloga, enfermeira e assistente social, além do diretor da área de ginecologia, diretoria clínica, representante da comissão de ética do hospital e outros profissionais convidados (BEDONE e FAÚNDES, 1997).

Nesta reunião cada caso é avaliado, e se o boletim de ocorrência não foi feito anteriormente, é recomendado que a mulher o faça. Entretanto, é importante ressaltar que, se a mulher não quiser fazer o boletim de ocorrência, não há impedimento para atender a sua solicitação.

O documento imprescindível para a interrupção da gravidez é uma solicitação, do próprio punho da gestante ou de seu representante legal. Quando a mulher for menor de 18 anos, é necessário haver a concordância entre a vontade da gestante e de seus representantes legais (FAÚNDES e cols 1997).

É importante lembrar que o abortamento previsto em lei, ou aborto legal, no Brasil, refere-se à interrupção da gravidez resultante de estupro e de risco de vida da gestante, como previstas no Artigo 128 do Código Penal. Apesar de ter vigência desde 1940, somente na década de 80, foram realizados, oficialmente, os primeiros atendimentos no serviço público de saúde brasileiro (CEMICAMP, 1997).

O primeiro serviço foi instalado na cidade de São Paulo, em 1989, no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, também conhecido como Hospital Jabaquara. A regulamentação do atendimento em nível nacional só ocorreu no final de 1997, quando o Ministério da Saúde regulamentou e publicou a normatização do aborto legal no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1998, o Ministério da Saúde lançou a Norma Técnica *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, que

regulamentou e passou a ter eficácia jurídica plena. A Norma Técnica permitiu a instalação de serviços de atendimento ao abortamento nos casos previstos na legislação em todo território nacional (VENTURA, 2002).

Em 2005 o Ministério da Saúde revisou a primeira Norma Técnica e retirou a obrigatoriedade de apresentação do Boletim de Ocorrência Policial (BO) para o atendimento à interrupção voluntária da gravidez das vítimas de violência sexual.

O movimento feminista contribuiu para a inserção da discussão do abortamento no contexto dos direitos reprodutivos e teve importante papel na criação desse tipo de assistência no Brasil (CORRÊA, 1999). O direito de acesso ao aborto seguro e legal é parte integrante dos direitos sexuais e reprodutivos, definidos nas Conferências Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo (1994) e da Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing (1995), das quais o Brasil é signatário. Os países signatários se comprometeram na garantia a assistência ao abortamento nos casos previstos em lei e em melhorar a qualidade da assistência ao abortamento em geral (RFS, 2001).

Campinas sempre esteve presente na construção deste direito; o primeiro Fórum Interprofissional sobre o Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual, promovido pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) em parceria com o Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas, ocorreu no município (CEMICAMP, 1997).

Quando o Programa Iluminar trouxe para a rede o CAISM, os avanços que o Centro já havia legitimado foram estendidos nessa organização do cuidado e ampliaram às mulheres o acesso a programas de saúde específicos, como para os casos de violência sexual. O CAISM na rede de cuidados, além do conhecimento técnico-científico que os profissionais haviam construído, trouxe as materialidades que consolidaram as práticas de saúde voltadas ao cuidado digno e humanizado como os protocolos, a Norma Técnica, os kits de atendimento a urgência, os equipamentos para a realização do aborto legal.

Com o treinamento específico oferecido pelo CAISM os profissionais da saúde puderam compreender e ter acesso à importância do uso do anticoncepcional de emergência e das drogas anti-retrovirais para a quimioprofilaxia das DSTs/AIDS, após a exposição da violência sexual. Com os profissionais treinados os serviços passaram a receber os kits

enviados pelo Ministério da Saúde, ampliando o acesso e a oferta das tecnologias para o atendimento humanizado na rede intersetorial.

Quando foi realizada a primeira pesquisa de avaliação do Programa Iluminar, em 2004, pelo CEMICAMP, os profissionais entrevistados destacaram a importância do treinamento, pois para eles a população ainda desconhece seus direitos envolvendo a violência sexual, inclusive o aborto legal.

Na rede de cuidados o CAISM foi, assim, um ator fundamental, que fez alianças com novos elementos, redefiniu e transformou o cuidado. Sua ação e suas materialidades desencadearam práticas para reduzir o sofrimento das mulheres em idade reprodutiva e a ampliação da efetividade do tratamento.

Com a ampliação e oferta do protocolo de atendimento aos casos de violência sexual em outros serviços da rede, ocorreu a possibilidade da mulher ser atendida em um único espaço, evitando deslocamento para outros serviços, juntamente com a rapidez na intervenção e a redução do risco de contaminação. Do ponto de vista emocional o efeito é muito significativo para as mulheres - além de evitar o deslocamento, evitam a repetição desnecessária do ocorrido quando mudam de serviços. A urgência no atendimento parece, segundo os dados de cuidados, ter contribuído para a redução da ocorrência de gravidez - com o uso do anticoncepcional de emergência - e consequentemente do número de casos de aborto legal. Os números de procedimento para o aborto legal tem decido no CAISM, apesar das ocorrências estarem crescendo nas notificações de cuidado, conforme é possível notar nos dados abaixo divulgados pelo Comitê Gestor do SISNOV.

Tabela 02: Dados de Notificação de Ocorrência de Estupro no Período de 01/07/2005 a 31/12/2008, na cidade de Campinas.

	2005	2006	2007	2008	Total
Estupro	75	158	149	187	569
Total	75	158	149	187	569

Extraído da Apresentação do Comitê Gestor do SISNOV. Evento Iluminar Campinas, Diário de campo, 2009. Disponível em <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br:8080/sisnov/sisnov.htm>.

A redução do atendimento ao aborto legal pode estar associada ao adequado uso da pílula de emergência.

As informações do último boletim SISNOV analisado, que divulgou o número de atendimentos aos casos de violência sexual não permitiu identificar, na variável local de ocorrência, quantos casos foram perpetrados contra o sexo masculino e feminino. Porém, agrupando os dados divulgados, é possível notar que não foram notificados casos de violência sexual contra homens acima de 39 anos. Somente acima desta faixa etária é que foi possível observar que a violência sexual contra mulher, notificada na faixa etária acima de 40 anos, tem maior ocorrência urbana.

Tabela 03: Dados de ocorrência das notificações de violência sexual por faixa etária, sexo e local de ocorrência doméstica e urbana, no período de 07/2005 a 12/2008.

	Feminino	Masculino	Total		Doméstic a	Urbana	Total
0-4	54	26	80	0-4	73	7	80
5-9	112	48	160	5-9	138	22	160
10-14	194	35	229	10-14	142	87	229
15-19	230	9	239	15-19	60	179	239
20-29	195	2	197	20-29	23	174	197
30-39	88	2	90	30-39	13	77	90
40-49	38	-	38	40-49	5	33	38
50 e +	25	-	25	50 e +	8	17	25
				Ignorado	8	4	12
				Total	470	600	1070

Dados Extraídos do Boletim SISNOV 03⁹.

⁹ Disponível em <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br:8080/sisnov/sisnov.htm>.

Como é possível compreender, de 63 ocorrências de violência sexual, somente 13 ocorreram nos espaços domésticos. Considerando que o Programa Iluminar denomina violência doméstica aquela onde o autor da agressão tem um envolvimento afetivo/emocional com a mulher, a baixa ocorrência de notificações das ocorrências de violência sexual contra a mulher adulta nos domicílios, demonstra que o tipo de violência que envolve parceiro íntimo ainda está pouco visibilizada na organização dos cuidados.

O próprio Comitê reconhece que a violência doméstica contra mulheres adultas tem sido pouco notificada, e isso pode ser atribuído, pela dificuldade de ofertar atendimento aqueles casos onde o protocolo, no caso da violência sexual, não é aplicável. O protocolo contempla a prevenção de DSTs/ AIDS para os casos de violência urbana, onde o autor da violência é desconhecido. A violência sexual praticada pelo parceiro íntimo é uma violência crônica, que expõe a mulher as DSTs/ AIDS e a gravidez não desejada cotidianamente.

Essa discussão, no Brasil, tem estado presente nos estudos e experiências de Schraiber e D'Oliveira, que apontam o quanto para os profissionais da Saúde a ausência de tecnologia assistencial para o cuidado a violência perpetrada pelos companheiros e parceiros íntimos contra às mulheres dificulta o desenvolvimento de intervenções. As autoras ressaltam que quando a conduta envolve as tradicionais intervenções sobre os adoecimentos ou danos, como no caso da violência sexual praticada por um desconhecido, o conforto diante da possibilidade de receitarem potentes medicamentos para o combate às doenças sexualmente transmissíveis e HIV-AIDS desencadeia maior aderência e atuações dos profissionais (SCHRAIBER e cols, 2005; SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 2008).

5.3 Organização do cuidado no Programa Iluminar

O itinerário da pessoa que passou por uma violência sexual foi definido na organização do cuidado através do fluxo de atendimento. Este foi estruturado com duas redes de atendimento interligadas: a rede de cuidados indiretos e a rede de cuidados diretos, do seguinte modo:

A rede de cuidados indiretos é formada pelas escolas, creches municipais e escolas municipais de educação infantil (EMEI), serviços municipais de Assistência Social, Guarda Municipal, Conselhos de Direitos da Criança e Adolescente, da Mulher, do Idoso, do Deficiente, e os Conselhos Tutelares, ONGs que trabalham com mulheres, crianças e adolescentes, Instituto de Medicina Legal, Delegacias da Mulher e de Polícia, Centro de Referência e Apoio à Mulher (Ceamo), serviços de assistência jurídica e psicológica da PUC-Campinas e da Universidade Paulistana Unip e Abrigo de Mulheres Sara M.

Esta rede acolhe as vítimas, ouve a queixa, realiza o cuidado específico necessário, aciona a guarda municipal que conduz a vítima ao pronto socorro de referência definido pelos fluxos de funcionamento da rede, notifica o caso no sistema de notificação de violência (Sisnov), e ao Conselho Tutelar, no caso de crianças e adolescentes, e aciona a rede de cuidados diretos.

A rede de cuidados diretos é formada pelos Centros de Saúde, Pronto-Socorros Municipais, Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Caism) Unicamp, Pronto-Socorro Infantil do HC – Unicamp, Serviço de Atendimento Municipal de Urgência (Samu), Centros de Apoio Psicossociais (Caps), Centro de referência de DST/AIDS. Será realizado nesta rede os cuidados de urgência (atendimento médico, prevenção à gravidez por estupro), às DST/AIDS e hepatite, além das sorologias necessárias e coleta de sêmen. A vítima é orientada efetivar o Boletim de Ocorrência e exame de corpo de delito e depois é encaminhada para o Centro de Referência de DST/AIDS para seguimento da medicação anti-retroviral. Posteriormente é encaminhada novamente aos serviços da rede indireta para cuidar das questões sociais e jurídicas, e se aciona a guarda municipal para conduzir a vítima até sua residência. (CONASS, DOCUMENTA 16, 2006 p.254)

Essa organização corrobora a hipótese de que a atenção está voltada às pessoas em situação de violência sexual aguda e a urgência do atendimento, e traz novamente a discussão de SCHRAIBER e D'OLIVEIRA (2008) sobre a prática voltada para o adoecimento que deixa marcas visíveis no corpo, pois, é interessante observar que esta ideia de cuidado direto e indireto está pautada em uma leitura de que “cuidado direto” implica em intervenções no corpo, já que todos os serviços listados na rede de cuidados diretos foram capacitados para iniciar o protocolo de urgência e emergência.

Essa ideia está orientada por uma racionalidade científica, que considera que a “verdade” sobre a doença está na alteração do funcionamento dos órgãos do corpo - alteração dos tecidos e da anatomia. Apesar dos avanços trazidos pelo Movimento Sanitário brasileiro e de iniciativas como a mudança curricular de cursos na área da saúde, que trazem

preocupações com a gestão, a qualidade, a universalização e com a integralidade, a racionalidade científica ainda está fortemente presente na organização dos serviços. Por conseguinte, influencia as práticas que se voltam para a identificação e eliminação das lesões do corpo “doente” e, por pretender ser científica, busca objetividade e exatidão (CAMARGO, 1992, 1993).

O que é preciso estar atento quanto à influência racionalista científica na gestão do cuidado é a forma que ela se apresenta na relação do profissional com a/o usuária/o. Esse pensamento desconsidera a “pessoa” e valoriza as anormalidades e lesões, que geralmente são mediadas por tecnologias como exames e medicamentos, e reforça uma prática quase sem a participação do “doente” (SCHRAIBER, 1993).

Essa “subparticipação” em programas voltados às mulheres pode levar à redução ao biológico, sem considerar os contextos sociais e as diferentes formas de desigualdade de gênero. Esse reducionismo impossibilita a prática da integralidade e prejudica a promoção da autonomia da população feminina.

O protocolo de urgência e emergência citado nas intervenções parece ter sido uma materialidade que orientou a organização do cuidado, já que um Hospital Escola de uma Universidade religiosa, que presta atendimento às mulheres, se posicionou contra a administração do anticoncepcional de emergência - a pílula do dia seguinte - dentro da instituição. Essa decisão levou a Coordenadoria de Saúde da Mulher a não incluir a Universidade no fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, como descreve a entrevistada Médica Ginecologista da Coordenadoria de Saúde da Mulher:

Nós não queríamos que a X (instituição) ficasse fora. Mas ficou, porque não faria a pílula do dia seguinte. E a gente não ia deixar isso acontecer. Fazer a mulher ir lá, fazer uma coisa e não fazer outra, era um problema para ela, isso é um direito dela. (...) Este foi um grande problema para a mulher ficar lá e não fazer tudo. A gente iria ter que transferir todas estas mulheres da X para a UNICAMP, provocava um quebra no fluxo. (...) Até hoje a X não está no fluxo. (...) É um problema, porque a X fica numa região de Campinas muito pobre, diferentemente da UNICAMP, que fica numa região de classe média, média-alta. (Médica GO)

Analisando dessa perspectiva, a exclusão da instituição religiosa do fluxo destaca o compromisso do Programa Iluminar fazer valer o Protocolo como uma materialidade que

promove a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, resultado de constante luta das mulheres do movimento social e estudiosas da área.

Debilidades e lacunas na organização do cuidado

No início da organização foram identificadas várias debilidades, principalmente com a rede de serviços chamados secundários; um exemplo disso foi a intervenção para a ampliação do número de profissionais do Conselho Tutelar. A coordenação do Programa Iluminar reconhecendo a importância destes articuladores na organização do cuidado, considerou que, para o município de Campinas, a presença de apenas 5 pessoas no Conselho Tutelar seria insuficiente. Assim, decidiram intervir para ampliar o número de conselheiros na cidade de Campinas, como explica a Médica Ginecologista da Coordenadoria.

(...) Então a gente entrou com uma luta política para ganhar, conseguir mais conselheiros. (...) Fomos imediatamente falar com os vereadores. Nos reunimos com eles. (...) Fomos assim, identificando ao longo do processo os nós que precisavam ser desatados de outras formas.

Outra debilidade apontada pela Coordenadoria era a inexistência do Centro de Referência da Mulher:

O Centro de Referência da Mulher ainda não existia. Aí fomos sentar com o prefeito, levamos mais gente... fomos lá, Coordenadoria, Assistência, já pensando no Centro de Referência. Tanto que começamos em 2001 e em 2003 foi inaugurado o Centro de Referência da Mulher (Centro de Referência e Apoio a Mulher – CEAMO). (Médica GO)

A articulação pela estruturação de novos serviços, seja através de ampliação do número de profissionais ou pela implantação de novos dispositivos públicos, parece buscar a integralidade na organização das práticas. A noção de integralidade demanda uma certa “horizontalização” dos programas e das práticas que passam a ser pensadas a partir da necessidade da população, e não somente do serviço ou do programa (MATTOS, 2001).

No momento inicial da organização do Programa Iluminar, a luta pela criação de um Centro de Referência da Mulher sugere a articulação de um dispositivo que trabalhasse

questões ligadas ao fortalecimento da autonomia e empoderamento das mulheres, já que as atividades desenvolvidas no Centro contemplam atendimento de assistência social, psicologia e assessoramento jurídico às mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social e às vítimas de violência doméstica.

Esse é um dos dispositivos que está presente nas metas de implantação e ampliação do número de Serviços da Rede de atendimento às mulheres em situação de violência, e está nas diretrizes do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

O relatório técnico da Fundação Getúlio Vargas, que premiou o Programa como uma experiência de gestão pública inovadora, destaca que a criação do CEAMO organiza o cuidado dentro da perspectiva de gênero, voltada para a necessidade das usuárias e de ações articuladas:

Outro bom exemplo foi a criação do Centro de Referência e Apoio a Mulher (CEAMO), um centro especializado no atendimento psicológico, social e jurídico a mulheres vítimas de qualquer tipo de violência. Este Centro tem desenvolvido um trabalho intensivo para empoderar as mulheres e combater a violência doméstica, o que inclui oficinas e grupos de discussão dentro do Centro e nos bairros. Um dos aspectos mais interessantes do trabalho deste Centro é a mobilização das mulheres que participam das oficinas no Centro para a criação de grupos de discussão nos bairros. A coordenadora do Centro relatou que algumas mulheres organizam reuniões, convidam a vizinhança e discutem temas como saúde da mulher, violência doméstica, relação com os filhos, entre outros (BRIGAGÃO, LIMA E SILVA, 2005).

Identificamos, através das informações, que o CEAMO entra na organização como um importante elo que dará sentido ao cuidado, para além das ações de saúde, e demarca a inclusão da perspectiva de gênero.

O transporte na efetividade do atendimento

Nas informações obtidas ficou evidente que a coordenação do Programa Iluminar buscou ampliar ao máximo a rede de atenção às pessoas, e de certo modo tentou garantir que

houvesse recursos necessários para que todos aqueles que sofreram violência sexual fossem identificados e atendidos dentro das 72 horas previstas no protocolo.

Isso pode ser evidenciado na garantia de transporte público e gratuito para as vítimas de violência sexual através da inclusão da Guarda Municipal na rede de cuidados. Este processo exigiu, segundo o interlocutor da Guarda Municipal, muita negociação e comunicação, já que historicamente o transporte para os serviços de saúde é feito pelas ambulâncias. Veremos a seguir a descrição dessa negociação relatada pela Médica Ginecologista da Coordenadoria de Saúde da Mulher.

Pensamos no transporte dessa pessoa e na possibilidade de envolver a Guarda Municipal neste transporte. Foi uma dificuldade enorme de convencer a Segurança Pública. (...) O gestor achava que quem deveria fazer esse transporte era o SAMU. Na conversa com o gestor do SAMU ele entendeu que o SAMU tem que conduzir uma pessoa em risco de morte. A pessoa que havia sofrido a violência estava correndo o risco de violência, de mais violência - ela precisava de segurança para ser transportada.

A Guarda Municipal é um órgão da Secretaria de Segurança Pública. Ela é mantida pelo município e está inserida na Constituição Federal, em seu artigo 144, § 8º como prestadora de serviço público municipal, objetivando contribuir na preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio (CAVALARRI, 1998).

Sua atuação está voltada, assim, para a área de defesa social que corresponde a uma parcela significativa da prestação de serviço à comunidade de maneira extensiva, a qual abrange segurança pública, defesa civil, entre outras ações do poder público. Segundo Carvalho (2007), dentro da esfera de atuação da Guarda Municipal existe um leque incomensurável de atribuições que a corporação pode desenvolver na sua municipalidade, e que devem estar contempladas nas políticas públicas do município. Isto inclui a sua abrangência na prestação de serviços em diferentes áreas como Educação, Saúde, Trânsito, Meio Ambiente, entre outras.

Porém, como esta era uma atividade nova, os funcionários da Guarda Municipal não estavam preparados para realizar esse tipo de atendimento; o que levou a coordenação do Programa Iluminar a convidá-los para os encontros de capacitações. O treinamento buscou difundir a noção de integralidade do cuidado, respeito e sigilo, e demonstrar que o

atendimento a pessoas que passaram por violência deveria ser prioritário e complementar à sua atuação. Os profissionais passaram, assim, a ter um papel fundamental dentro da rede já que são eles que identificam os tipos de violência e as necessidades de saúde daquela pessoa no momento e as transportam, com suas viaturas, aos serviços mais adequados.

Por outro lado, os profissionais dos outros serviços envolvidos na organização do cuidado passaram a reconhecer a Guarda Municipal como um novo aliado. A fala do interlocutor da Guarda Municipal destaca a percepção dos profissionais no trabalho da rede:

O que nós sentimos no trabalho, é que os profissionais agora entendem de como manejar as ocorrências de violência sexual. Se você está numa ronda e percebe alguma coisa diferente, você já lembra daquelas orientações, você passa a olhar as mulheres de um modo diferente e a população fica mais segura com essa abordagem. (...) Se você passa tranquilidade a pessoa confia que você vai fazer o melhor. (...) A gente sempre pensa que tem que fazer o melhor, e se fosse uma pessoa que a gente gosta, uma filha, uma sobrinha, sua mulher. (...) Você sente que pode fazer a diferença no trabalho, porque isso é muito triste. (Profissional da Guarda Municipal)

Um dos complicadores do transporte realizado pela Guarda Municipal consistia em que as viaturas eram caracterizadas como viaturas policiais, e para as pessoas transportadas muitas vezes era “desagradável” ser transportada em uma viatura policial. De acordo com a coordenação do Programa Iluminar e da Guarda Municipal, devido a problemas¹⁰ internos as viaturas foram descaracterizadas e passaram a ser “viaturas à paisana”.

Apesar de não intencional, essa intervenção teve um efeito positivo na rotina de atendimentos dos casos, por algumas razões: uma viatura caracterizada desperta a atenção onde estaciona ou permanece. Já uma viatura à paisana tem proporcionado uma maior privacidade e segurança às pessoas que dela precisam, como descreveu a Médica Ginecologista da Coordenação de Saúde da Mulher.

As pessoas se sentem mais à vontade e com menos temores em um carro não identificado do que em um carro da polícia. Isso acontecia em diferentes lugares que, tanto nos serviços, como na comunidade. (Médica GO)

¹⁰ Quando ocorreu o ataque a policiais e guardas municipais no Estado de São Paulo, do chamado PCC (Primeiro Comando da Capital) em maio de 2006, foi proibido, em Campinas, o transporte de civis nas viaturas da Guarda Municipal. Para não prejudicar as ações com o Programa Iluminar, foram adaptadas “viaturas à paisana”.

Em bairros onde há presença de “chefes de tráfico”, seria uma exposição maior a risco para uma família chegar a sua residência trazida pelo veículo da Guarda Municipal. A viatura policial desperta curiosidade por onde passa.

É possível visualizar nas falas acima que algumas das pessoas que compõem a organização do cuidado compreendem que as materialidades, como o carro, também intervêm nas práticas de cuidado, ou seja, percebem que uma “viatura à paisana” gera novos sentidos e amplia as possibilidades de ação da Guarda Municipal.

Essa articulação constituiu, assim, importante parceria na proteção e recuperação das pessoas após a situação de violência, e os serviços de saúde passaram a identificar e acionar os profissionais da Guarda. Os serviços de saúde passaram a interagir com a Guarda Municipal de uma nova perspectiva, pois os profissionais também entraram no lugar de cuidadores que zelam pela discricção e segurança da pessoa.

Essa mudança de postura do profissional vai ao encontro da proposta de CECÍLIO (2001), de ajudar o profissional a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados, tomando as necessidades como centro das intervenções e práticas. O autor traz essa discussão quando afirma que a “luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.” (2001, p.1130).

A necessidade de saúde, neste caso, foi identificada na agilidade do tratamento e da prevenção e redução das sequelas que podem acompanhar a violência sexual, como queixas físicas, cefaléia crônica, alterações gastrintestinais, dor pélvica, gravidez indesejada, sintomas psicológicos e comportamentais, como disfunção sexual, depressão, ansiedade, transtornos alimentares, obesidade e o uso abusivo de drogas (VILLELA; ARAÚJO, 2000). O profissional da Guarda Municipal se apropria, implementa no seu cotidiano de trabalho a necessidade de saúde das pessoas que sofreram violência.

A re-organização física dos serviços e a adequação de insumos para o atendimento humanizado.

A falta de insumos e instalações inadequadas ou precárias dos serviços foi outro problema identificado durante a organização do cuidado. A Coordenadoria de Saúde da Mulher foi se deparando com problemas que afetavam a qualidade do atendimento, o que podemos ilustrar através do relato abaixo, sobre o quadro crítico em que encontraram alguns serviços:

Hoje nós entramos em contato com uma questão importante na construção de rede; que é a qualidade do serviço e a dificuldade que o serviço tem para cumprir essa missão, e o verdadeiro abandono dos serviços de atendimento.

Quando chamamos estes serviços para fazer os fluxos das mulheres, crianças e adolescentes a gente percebeu porque era tão difícil para os serviços trabalharem. Como havia dificuldades. (...) Os problemas da Delegacia da Mulher tinham a ver com o conceito de atendimentos da própria instituição: o jeito que atende, o modo que aborda, como é que cuida, dificuldade de local de atendimento... (...) Um outro órgão da Secretaria de Segurança Pública do Estado, o nosso IML, estava abandonado (...) . Não tinha condições de trabalho, nem de atendimento. (...) A conversa com o diretor do IML foi difícil, porque estava num estado de completo abandono físico. (...)

(...) as camas (macas) não tinham colchão, as mulheres deitavam peladas naquela mesa, sem um lençol, não tinha avental, não tinha cortina...

O Instituto Médico Legal é um órgão público subordinado à Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP) e presta serviços de Polícia Científica na área de Medicina Legal, e realiza diversos tipos de perícias médico-legais: em cadáveres, ossadas completas ou não, e em pessoas que sofreram violências diversas; ou que estão dando entrada ou saída do sistema prisional, entre outras circunstâncias. O IML realiza também exames complementares (laboratoriais) nas áreas de anatomia patológica, toxicologia, química legal e sexologia forense, requisitadas por autoridades policiais e judiciárias, necessárias ao esclarecimento dos processos policiais, judiciários e administrativos.

Por ser um serviço técnico-científico à disposição da Polícia e do Judiciário, o IML emite laudos sigilosos que podem representar informações fundamentais nas investigações, inquéritos policiais e demais encaminhamentos jurídicos.

É possível observar que as materialidades presentes no IML como cama, lençóis, espelho, entre outras, foram incluídas na perspectiva de cuidado que se queria implantar e

que, de certo modo, houve uma avaliação, por parte da Coordenadoria de Saúde da Mulher que o órgão para realizar atendimento digno precisava “ser cuidado”.

No prédio do IML de Campinas, segundo dados coletados nas entrevistas e documentos, a sala de espera era um local comum a todos aqueles que seriam atendidos pelos legistas, ou seja, compartilhavam o mesmo espaço mulheres que haviam sofrido violência sexual e pessoas algemadas acompanhadas por policiais que os transportaria ao sistema prisional após o exame. Na sala de atendimento, não havia cortina nas janelas e para a realização do exame não havia disponível um avental descartável. A mesa, que não era ginecológica, não tinha lençol, e os materiais utilizados pelos legistas tinham aspectos de sujeira, como potes de vaselina abertos ao tempo e espéculo não descartável.

Assim, a partir da análise da situação material do IML, foram propostas ao gestor do serviço algumas interferências em prol da melhoria da qualidade de ambiente de atendimento e oferecidos insumos para estes atendimentos. Inicialmente foram feitas reformas físicas no prédio, construindo, com uma divisória, uma sala de espera diferenciada à pessoa vítima de violência. A sala de atendimento foi pintada e as janelas receberam cortinas.

De acordo com alguns profissionais da rede essa mudança no ambiente repercutiu não só no bem estar da pessoa que utiliza o IML, mas também na qualidade de trabalho do profissional. Porém, este não foi um processo simples do ponto de vista da gestão, como explica a Medica Ginecologista da Coordenadoria de Saúde da Mulher:

Foi difícil convencer o Secretário da Saúde a investir lá, por inúmeras questões... O dinheiro vai pra lá e o serviço não é nosso, é da Secretaria de Segurança do Estado. (...) Esse era o ponto que a gente achava crucial, se a gente faz o fluxo e o serviço não tem condição de atender, ele pára lá, “emperra” lá... Isso tudo antes de começarem as capacitações, foram dois meses de discussão com os serviços. (...) Nós realizamos a reforma do prédio e incluímos o IML no nosso orçamento. Vai para lá até hoje, avental, espéculo, luva... a Secretaria de Saúde do Estado nem sabe, mas aqui a gente trata o IML como um serviço de saúde do município.

As ações que o Programa Iluminar promoveu ao se articular com o IML novamente parecem estar sustentadas pela promoção do cuidado norteado pela necessidade dos usuários e desenhadas na intersetorialidade. Quando se agrega diferentes setores em busca de um diálogo para o cuidado comum, passa-se a olhar o sujeito na sua totalidade, que precisa de

cuidados na área da saúde, mas também precisa de um laudo pericial e de registros da Delegacia para efetivar ações de direitos que lhe conferem a cidadania.

A Médica Pediatra da Atenção Hospitalar também destacou em sua fala a importância que as modificações geradas no IML refletem no atendimento e na rede:

Antes do Iluminar, o IML não tinha plantão 24 horas. Imagine um Instituto Médico Legal que fecha a porta às 18 horas de sexta e volta a abrir segunda; quando era feriado a pessoa ficava esse tempão sem atendimento. Se uma mulher precisava fazer exame de corpo de delito ela tinha que esperar, isso é um absurdo. Nesse tempo, às vezes as lesões já tinham até desaparecido e aí reformou. (Pediatra de um Hospital da Rede)

Em recente pesquisa realizada em três serviços de atendimento a vítimas de violência sexual na cidade de São Paulo, OLIVEIRA e colaboradoras (2005) observaram que as que muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram logo após a violência por algumas razões: por acreditarem ser necessário efetuar um boletim de ocorrência ou exame pericial no IML antes do atendimento na saúde, e por temerem os constrangimentos associados à busca da justiça, como a ida às delegacias ou ao IML. Isso faz, segundo a pesquisa, com que elas cheguem aos serviços tardiamente, comprometendo as ações profiláticas que são realizadas nas primeiras 72 horas após o estupro.

Em Campinas a intersetorialidade foi usada para ordenar a rede de atendimento e ofereceu elementos para a organização das práticas que garantiram o acesso aos recursos assistenciais de forma humanizada e integral, e hoje geram novas interações entre os profissionais dos diferentes setores.

A Secretaria Municipal de Saúde, ao divulgar através da Assessoria de Imprensa a reforma do IML, destaca a importância das materialidades na promoção do atendimento humanizado:

O Projeto Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual - inaugurou, na última quinta-feira (21 de março), o novo espaço para exames de Corpo de Delito do IML (Instituto Médico Legal). Com isso, mulheres e homens, adolescentes e crianças vítimas de violência doméstica e sexual passam a ser atendidos num espaço reservado exclusivamente para eles.

Até agora, os exames de corpo de delito para casos de violência sexual eram feitos em um ambiente inóspito, de risco, sem cuidados com higiene e saúde e que reproduzia a violência do estupro já que poderia, em algum momento, colocar a vítima em contato com o vitimador ou algum presidiário e fazê-la lembrar o fato.

A partir desta quinta-feira, porém, com a inauguração, as vítimas não vão mais passar por este constrangimento.

O novo espaço de acolhimento só foi possível através do Projeto Iluminar (...) Todos os serviços envolvidos no Iluminar são chamados de pontos de luz, já que buscam tirar da escuridão a questão da violência sexual em Campinas.

O Projeto Iluminar fez parceria importante com o Cemicamp, responsável pela capacitação dos profissionais juntamente com o CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher).

Os pontos de luz do Iluminar encaminharam 30% dos casos de violência atendidos no IML no ano passado. No total, o IML realizou 8.934 exames de corpo de delito, sendo que 224 das ocorrências foram conjunção carnal, 131 foram classificados como atos libidinosos e 8.578 como lesão corporal.

Ao ser recebido em um Centro de Saúde, escola, Conselho Tutelar ou em qualquer Centro de Referência, a vítima é acolhida e orientada, a queixa é identificada e o paciente é imediatamente encaminhado para atendimento médico e assistência psicológica. (...) No caso de mulheres, o atendimento inclui anticoncepção de emergência. Em todos os casos é feita a imunização contra hepatite e aplicação do coquetel contra a AIDS. A vítima também é orientada para fazer Boletim de Ocorrência e agendar exame de corpo de delito (Assessoria de Imprensa, 22/03/2002)

A transformação levada ao IML parece ter modificado seu modelo de atendimento, que era centrado nos aspectos policiais e legais. Atualmente, além do atendimento em um modelo humanizado de saúde e ajustado a demanda da usuária, o IML garante que todos procedimentos realizados pela rede de cuidados à saúde sejam válidos como laudo indireto para uso do IML, evitando, assim, que a pessoa necessite fazer o exame de corpo de delito.

Foi possível observar que as transformações e efeitos do Programa Iluminar no IML são de diversas ordens; físicas, conceituais e materiais.

O serviço da Secretaria de Segurança Pública passa a ser reconhecido, mesmo que informalmente, como um equipamento do município já que a Secretaria Municipal de Saúde considerou aquele quadro como um problema de saúde e entendeu que era necessário intervir em prol da humanização do atendimento. Foi assim que passaram a enviar ao IML, mensalmente, instrumentos descartáveis para exames ginecológicos, além de aventais e lençóis para a mesa ginecológica, também doada por eles.

A perspectiva dos profissionais do IML também foi modificada desde que começou a participar das capacitações e treinamentos. Um dos efeitos foi a realização de uma parceria de

estágios profissionalizantes com o curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), que possibilita o acesso ao ensino em uma área pouco explorada nas formações de saúde. Por outro lado, o estágio possibilita também a presença de alunas de graduação em Enfermagem que, pautadas pela perspectiva de humanização, acompanham o preparo e realização dos exames ginecológicos.

A Delegacia da Mulher através da intervenção da Coordenadoria de Saúde da Mulher também passou por reforma física - uma sala de atendimento, fechada com divisórias, foi criada especialmente para atender as mulheres. Isso gerou maior privacidade ao atendimento. A Delegacia foi equipada com computadores e passou a fazer parte do banco de notificadores. Do SISNOV. As profissionais passaram por treinamentos específicos e participaram das capacitações da rede.

5.4 O monitoramento e a avaliação das ações do Programa Iluminar

Após a organização do Programa Iluminar foi necessário pensar em estratégias para monitorá-las e avaliá-las. Segundo a Médica Ginecologista da Coordenadoria de Saúde da Mulher, estava difícil definir como seria feita a gestão do Programa.

Como estávamos assumindo que a violência é um problema de saúde e ela vinha interferindo na nossa gestão da saúde, decidimos que, como alguém teria que fazer essa gestão, seríamos a nós (Médica GO)

Como a equipe do Programa Iluminar não tinha a experiência para montar o monitoramento e a avaliação, foi chamada uma Consultora Especializada para ajudar no processo. Assim, a equipe montou um sistema de monitoramento, ampliando a capacidade de gestão da equipe.

Em cada Secretaria foi identificado um gestor do programa. Tinha que ter alguém que se reunisse com as pessoas da sua rede e avaliasse como estava o atendimento.

A consultora montou uma planilha, tinha todos os serviços. Então, por exemplo, a professora falava: na minha escola eu chamei o conselho tutelar e ele não veio, chamei a guarda e ela não veio buscar.

A gente tentava levantar os problemas, as lacunas da rede.

Identificar os problemas, em todas as áreas. E esses gestores se reuniam com a gente a cada 2 meses para limpar a área do processo, para ver a rede funcionar.

(Documento anexo)

Através das reuniões, o Programa Iluminar foi percebendo que os problemas eram mais de caráter administrativo do que de percepção, incorporação dos conceitos e do processo.

Neste período, o Programa Iluminar investiu também em recursos com avaliação; através de uma consultoria com a CEMICAMP foram montadas equipes de pesquisadores, que percorreram os serviços entrevistando os profissionais que haviam passado pela capacitação.

Através de uma pesquisa qualitativa eles buscaram levantar informações sobre a implantação do Programa Iluminar; como ele estava funcionando na perspectiva do profissional; quais eram os encaminhamentos recebidos; como as pessoas chegavam até os serviços e qual era o público que estava sendo atendido. Além disso, analisaram como estava sendo operacionalizado o protocolo definido, buscando informações sobre o atendimento, o ambiente físico, exames, encaminhamento pós-atendimento e a notificação dos casos.

Em relação ao fluxograma, investigaram como estava sendo feita a contra-referência das pessoas encaminhadas pelos Centros de Saúde, quais eram as informações anotadas e quais os aspectos que os profissionais achavam importantes de serem apontados nesta ficha. Ao final das entrevistas, pediram aos profissionais que relatassem qual havia sido o impacto do Programa Iluminar nos serviços e quais eram as opiniões deles sobre o Programa.

Essa avaliação gerou muitas informações que, dentre outras coisas, demandaram nova organização da própria coordenação do Programa. Foram apontadas diversas necessidades, como o acompanhamento mais de perto pela Secretaria e uma melhor comunicação entre os serviços; outras capacitações para aqueles profissionais que não participaram; a inserção nos Pronto-Atendimentos de, pelo menos, uma Assistente Social e uma Psicóloga.

Na organização do fluxograma, a avaliação apontou a necessidade de minimizar o deslocamento das pessoas entre serviços, provendo no local toda a medicação e exames necessários. Os profissionais sugeriram ainda uma maior divulgação do Programa para a comunidade.

Após esta consultoria o Programa Iluminar percebeu a importância de gerar um banco de dados para auxiliar nesse processo de avaliação e monitoramento da rede. Foi a partir daquele momento que começou a surgir a reflexão para a criação de um instrumento de notificação.

A entrada do Sistema de Notificação da Violência (SISNOV) na rede: a implantação da Ficha de Notificação.

Com a Lei N. 11607, de 10 de julho de 2003, o município de Campinas dispôs sobre a notificação compulsória da violência contra mulheres atendidas em serviços de urgências e emergências no município e autorizou o executivo a instituir em Campinas a comissão de acompanhamento da violência contra a mulher. Essa lei veio de encontro à exigência da notificação da violência contra crianças e adolescentes e demandou o desenvolvimento da ficha de notificação local.

A confecção do instrumento de notificação ficou a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, que reuniu várias Coordenadorias de Saúde, como a da Criança e Adolescente e a da Mulher, para estruturar uma ficha única de notificação de violência. A elaboração levou mais de doze meses para ser finalizada e envolveu muitas discussões, devido à decisão de se incluir na mesma ficha a violência contra criança e adolescente, mulher adulta e a violência sexual contra os homens.

A organização da ficha ficou sob responsabilidade de um grupo de trabalho e no setor de Informática da Saúde havia um Médico Sanitarista que se propôs a organizar e desenvolver o instrumento para acesso on-line, como ele relata;

Foram várias reuniões, muita discussão para definir. As pessoas não queriam misturar na mesma ficha criança e adulto. E nós tínhamos uma possibilidade riquíssima, porque teríamos dados de todos os cantos da rede.

Olha, foi mais de um ano discutindo... Em 2005 lançamos o SISNOV (Sistema de Notificação da Violência) e começamos a capacitação para notificação da ficha (Médico Sanitarista).

O SISNOV é um sistema eletrônico, integrado, inter-setorial e interinstitucional de notificação dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, de violência sexual em qualquer idade ou sexo e de exploração sexual e/ou comercial de crianças e adolescentes (Material de Capacitação, 2007).

Para utilizar o sistema de notificação, nos primeiros treinamentos participaram um profissional por serviço, que depois deveria replicar as informações. Porém, essa estratégia não gerou respostas positivas, como relatou a Médica Ginecologista:

O treinamento ocorreu num grande evento, um profissional por serviço... E estava na cara que aquilo não ia dar certo. Porque a pessoa vai lá, pega a pastinha e volta para o serviço e guarda. Após 3 meses de treinamento não víamos as notificações chegando... O que vamos fazer? (...) Resolvemos capacitar em serviços. Um por um... Começamos pelo hospital (...) Chegava lá, escolhia um caso e ia fazendo o exercício de notificar com eles... Ai quando eles viram a ficha e viram os relatórios, eles começaram a fazer, porque você tem dados!

Principalmente os hospitais, isto tem um significado para eles. (...) Quando o sistema foi criado, ele foi pensado também para fazer a movimentação. Então, o sistema hoje faz a gestão da rede, porque a gente olha por onde a pessoa passou. (...) Como o sistema pega todos os tipos de violência ele tem um comitê gestor. Precisa ter. (...) Este comitê define quem vai ser cadastrado, os serviços que irão compor a rede. Ele também avalia os dados; avalia a funcionalidade da ficha. (...) O comitê foi definido por uma portaria do Conselho de Direito da Criança e do Adolescente, e esse grupo se reúne a cada 2 meses, vai aperfeiçoando a ficha, refazendo as capacitações e gestão dos dados. (Médica Ginecologista)

Os dados gerados pelo SISNOV são lançados em boletins periódicos em eventos abertos à rede e aos meios de comunicação. No início do Programa Iluminar foi firmado um compromisso com a Secretaria de Segurança Pública, a que não seriam mais divulgados na mídia local os boletins de ocorrência de casos de violência sexual contra mulheres, devido à exposição e sensacionalismo. Em contrapartida, a mídia passou a ser convidada a receber os

boletins do SISNOV, antes da divulgação oficial, e neste momento são explicados em detalhes os dados.

Essa foi uma maneira indireta de lidar com a construção do sigilo e respeito às mulheres que passaram por violência sexual. A medida é parte de um elo, que na singularidade de cada caso, provoca um efeito de proteção e possibilita reduzir os danos morais que a exposição na mídia poderia acarretar na vida das mulheres.

As notificações geradas pelos profissionais são dados “do cuidado à violência sexual em Campinas”; dessa forma o Comitê Gestor enfatiza que as notificações não são dados epidemiológicos, são dados de natureza administrativa, que mostram o cuidado das pessoas que sofreram violência sexual e permitem olhar a efetividade da rede, além de subsidiar informações para alcançar maiores recursos. Os dados geraram subsídios para outros recursos ao município, como o financiamento do Núcleo de Prevenção a Violência e Acidentes (*Diário de campo*)

O sistema nos possibilita olhar os dados, como dados de pessoas que foram cuidadas na rede. Isso é diferente da idéia de um dado representativo epidemiológico. Nós deixamos isto bem claro, pois eles não constituem dados populacionais que expressem a incidência ou prevalência destes tipos de violência no município de Campinas. (...) Quando nós lançamos o primeiro boletim destacamos muito isso, que são os dados do cuidado, não da ocorrência. As ocorrências são dados da Secretaria de Segurança Pública. Mostramos os dados que foram cuidados. Não os estupros que ocorreram, mas os estupros que foram cuidados. (...) Os dados da delegacia batiam com os dos hospitais, e isso indicava que a rede estava funcionando. As pessoas passavam primeiro na saúde, mas continuavam a fazer boletim de ocorrência (Médico Sanitarista).

Os dados dos 36 Serviços Notificadores têm gerado ações no campo da prevenção e redução de situações de risco. Através do georreferenciamento são mapeadas áreas de maior ocorrência de violência sexual urbana e propostas medidas de intervenções, como relatam os três profissionais abaixo:

A gente não sabia onde estava acontecendo os dados da violência urbana e ficamos muito surpresos, porque a gente não tinha foco de prevenção, a gente só estava apagando o incêndio. A gente precisava do georreferenciamento para focar prevenção. (...) Com o georreferenciamento você tem condições de pensar onde nós, estado, governo, município, que tem o poder de gestão, podemos intervir. Se for na rua, como vamos fazer gestão disso? (Médica Ginecologista)

Os dados mostraram que a gente tinha condições de agir em alguns locais, aí pudemos iluminar ruas críticas... Tínhamos muita incidência de violência sexual nos estacionamento dos shoppings, então fomos nos sentar com a administração do local, mostrar os dados... isso gerou a capacitação dos seguranças. (Médico Sanitarista)

Agora com as notificações a gente consegue localizar as áreas de risco, definimos locais onde a gente não imaginava que havia tanta violência, como dentro dos shoppings, nos pontos de ônibus, em algumas praças mais perigosas, escuras. Nas capacitações, quando a gente vai orientar as pessoas da notificação, a gente ressalta isso para os profissionais, é importante notificar para você gerar dados e conversar com eles, exigir ações, entender como isso está acontecendo aqui, lá. Você também está dando um retorno à sociedade, pois aquele dinheiro que foi investido aqui em capacitações e treinamentos está sendo revertido nisso, em ações. Você define claramente com os dados. (Médica Pediatra da Atenção Hospitalar)

Um outro indicativo que a ficha de notificação possibilitou analisar foi o tempo entre a ocorrência e o atendimento. Para a Médica Ginecologista da Coordenadoria da Mulher, ocorreu a diminuição do período entre a ocorrência e o primeiro atendimento. Antes do programa, 80% das vítimas chegavam depois de 72 horas. No ano de 2006 ela relatou que 88% das vítimas chegaram antes de 12 horas:

Porque na ficha, tem o horário de atendimento. Isso deu uma redução no aborto legal, a gente realizava uma média de 10 abortos no ano, hoje caiu para 2. Isso diminuiu a violência do aborto para a mulher. (...) Isso foi um impacto muito grande, a gente não esperava. (Médica Ginecologista)

A divulgação do boletim SISNOV, segundo algumas entrevistadas, gera um efeito motivador nos profissionais da rede porque os dados dão consistência ao trabalho. Os serviços conseguem se identificar nos dados e os profissionais percebem com isso que o que estão fazendo tem um efeito.

No dia-a-dia dos serviços é tudo muito incerto. Parece que a resposta às coisas que você está fazendo é muito pequena. A mídia fala mal do SUS, vem outro, fala mal... Aí quando você pega os dados e mostra que está dando certo, é muito positivo. Por isso nós mobilizamos muita gente, chamamos o Ministério da Saúde, a UNICEF, os serviços, a rede toda. Fizemos o boletim e distribuímos para a cidade. (Médica Ginecologista)

O boletim do SISNOV é uma forma de mostrar, de incentivar a gente a continuar no trabalho. Dá um retorno. (...) Porque quando você está preenchendo você se pergunta, para que isso? Só mais papel? Estatística? Só dados a mais? Mas o Iluminar mostra que eles estão trabalhando em cima desta estatística, produzindo sobre estes dados. (...) A gente acaba vendo o trabalho da gente reverter. É por isso que acho que faz sentido. (Assistente Social)

A Médica Pediatra da Atenção Básica destacou um outro papel da ficha de notificação na equipe: ela descreveu o instrumento como um auxiliar na elaboração do impacto emocional que foi vivenciado durante o atendimento.

A notificação acaba sendo um momento concreto, aquilo que você sentiu você transforma em informação. No momento que você está na atenção, tudo que mobiliza em você é muito afetivo, não só técnico, mas também tecno-afetivo. (...) Quando você vai para o papel, ou para o computador, é o momento de você lidar com as informações frias. Acho que o que é interessante, é que é um momento para você organizar suas emoções - você vai olhar aquilo com calma, entender o que se passou com você, com a pessoa, os sentimentos que afloraram. É um olhar de outro ângulo. (Pediatra – Atenção Básica)

O cuidado à violência doméstica, segundo os dados dos boletins e os relatos dos profissionais, também está mais concentrado na faixa etária das crianças e dos adolescentes. Assim como a discussão da invisibilidade da violência sexual cometida contra as mulheres adultas nas suas residências, esses dados refletem a dificuldade que serviços e profissionais têm em dar visibilidade às questões de gênero e o quanto a violência contra a criança e o adolescente mobiliza e gera práticas de cuidados e notificações.

Como foi discutido, a violência cometida contra a mulher onde o autor da agressão é o marido/companheiro ou parceiro afetivo, encontra uma barreira social devido às questões sociais e culturais que historicamente acompanham as inequidades de gênero. Assim como a violência sexual que se traduz em atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, como o aborto forçado, o impedimento do uso de contraceptivos ou do uso da camisinha, a violência doméstica também está muito presente no âmbito do casamento e relações íntimas e pode se manifestar através de consequências que incluem lesões permanentes; problemas

crônicos, tais como dor de cabeça, dor abdominal, distúrbios do sono e da alimentação; e doenças de efeito tardio como artrite, hipertensão, e doenças cardíacas (HEISE, 1994).

Conforme é possível acompanhar pela tabela das notificações do SISNOV, existe uma lacuna significativa na notificação da atenção à violência doméstica contra as mulheres adultas.

Tabela 02: Notificações SISNOV – Campinas. Notificações de violência contra mulher por faixa etária e local de ocorrência no período de 01/07/2005 a 31/12/2007.

	Doméstica	Urbana	Total
0-4	223	8	231
5-9	331	17	348
10-14	407	66	473
15-19	193	125	318
20-24	15	80	95
25-29	12	42	54
30-34	8	29	37
35-39	2	21	23
40-45	3	15	18
46-49	3	8	11
50 e +	6	9	15
Ignorado	62	5	67
Total	1265	425	1690

Dados Extraídos do Boletim SISNOV 02¹¹.

Como os serviços que mais notificam são da área da saúde e estão voltados para a atenção à violência sexual e para a atenção à saúde da criança e adolescente, esses dados podem ser analisados por essa perspectiva. Porém, isso pode dificultar a estruturação de políticas públicas, no município, voltadas para a questão da violência de gênero, pois como ressaltaram os membros do Comitê Gestor do SISNOV, os dados geram ações, práticas e projetos específicos.

A análise dos dados dos boletins pode auxiliar na avaliação do alcance que as capacitações conseguiram atingir na identificação das inequidades de gênero. A invisibilidade é agravada pela ausência do tema gênero e violência já na formação profissional e nos currículos acadêmicos, essa lacuna na formação reflete-se no dia-a-dia dos profissionais nos

¹¹ <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br:8080/sisnov/sisnov.htm>

serviços de saúde que, muitas vezes, sentem-se inaptos para lidar com as questões associadas à violência doméstica (PEDROSA, 2003). Dessa forma, parece que os conteúdos trabalhados nas capacitações e nos cotidianos dos serviços ainda não conseguiram preencher esse espaço aberto que vem desde a formação acadêmica.

É importante ressaltar que as notificações têm como instrumentos auxiliares alguns materiais que ilustram o itinerário de cuidados, como veremos a seguir; porém, novamente a violência perpetrada pelo parceiro íntimo não está explicitada neste fluxo.

As materialidades que auxiliam a organização do cuidado na orientação do fluxo e nas notificações.

O Programa Iluminar buscou através da criação de manuais e fluxos dar concretude e materializar a organização do cuidado. Ao construir e divulgar os manuais e fluxos, o Programa possibilitou que os profissionais conseguissem visualizar os dispositivos presentes na organização do cuidado. Estes materiais foram divulgados no final de cada etapa das capacitações e mostravam, assim, a organização para o cuidado num grande encontro de serviços. Isso ampliou os contornos existentes e interligou outras redes externas, demonstrando aos profissionais que o cuidado tomava movimentos.

Os fluxogramas materializados nos guias e materiais de apoio deram aos profissionais maior respaldo - o quê, segundo as interlocutoras entrevistadas, gerou um diferencial, deu confiança e sustentabilidade para a ação.

Quando você sabe que não está sozinho para enfrentar aquele problema, aquilo se torna mais possível. Eu vejo isso no serviço - antes do Iluminar, a gente recebia um caso e era uma angústia, porque você não conhece os equipamentos do município e faz o quê? (...) Quando você orienta a pessoa, 'olha, daqui você vai procurar o Centro de Referência, lá tem atendimento diferenciado para o seu problema'... isso te dá saída, porque muitas vezes o que você está promovendo naquele atendimento é uma gota, ela precisa de mais coisa, que as vezes você não tem condições de oferecer. Uma orientação jurídica... (Pediatra da Atenção Básica)

O grande diferencial do Programa Iluminar foi mostrar através da rede que você não está sozinho, que depende de você querer fazer, assumir a sua parte e

encaminhar corretamente. Você não trabalha na solidão, isso gera mais conforto, dá um alívio olhar para aquilo. (Pediatra da Atenção Hospitalar)

O Programa Iluminar é atravessado por materialidades em todos os seus dispositivos e a organização foi descrita e materializada em dois manuais, um que orienta os profissionais e outro, a população. Os manuais têm o objetivo de divulgar os serviços e facilitar o acesso da população aos serviços. Esse material foi inspirado, segundo a Médica Ginecologista, no guia que o grupo da professora Lilia Blima Schraiber, do departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/SP, havia criado para orientação à violência contra a mulher, na cidade de São Paulo.

Antes de iniciar as capacitações nós lançamos os guias, inclusive a gente usou um modelo do pessoal de São Paulo, da Medicina Preventiva da USP, que já tinha feito um manual com todos os endereços por serviços e um pequeno para a população, que era uma filipeta. Nós fizemos igualzinho porque nós achamos bárbaro; inclusive, no final, teve a referência do pessoal. (Médica Ginecologista)

O Programa Iluminar deu visibilidade a serviços que já existiam, mas não eram reconhecidos ou solicitados nos atendimentos. O município contava com alguns projetos de enfrentamento à violência doméstica, que ganharam maior visibilidade quando foram apresentados nos fluxogramas, como nos conta a Assistente Social.

Olha, o fato do programa atender a família, porque antes a gente atendia a criança e ficava a pergunta - quem vai atender a família, quem está mais próximo? Quem vai acompanhar, quem vai atender essa criança e os pais? Que apoio que essa família precisa, que essa rede social tem a oferecer à criança? (...) As famílias estão precisando, porque às vezes a gente acha que só a criança precisa, mas essa rede social é fragilizada. (...) Ficava a dúvida da rede social, porque quando envolve a violência todos os membros da família estão em sofrimento, precisam de atenção. (...) Então eu acho que a preocupação do Iluminar de fortalecer a rede de relação dessa criança e do adolescente foi uma ótima estratégia. (Assistente Social)

O Programa *Quebrando o Silêncio* foi um dos programas que, articulado na organização do cuidado, gerou essa visibilidade das ações de proteção contra a violência do município. O programa tem como objetivo oferecer a mais urgente possível proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, assim que a violência é identificada.

Para tanto, investe na execução de programas municipais de prevenção primária de combate à violência doméstica contra a criança e o adolescente.

Participam deste programa as Secretarias da Assistência, Saúde e Educação, além de integrantes de organizações não-governamentais, Conselho Municipal de Defesa da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, e Comissão voltada para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente (VDCCA).

Estão apresentadas a seguir as duas definições de atendimentos oferecidos ao município pelo Programa, quando há ou não a presença de lesões decorrentes da violência.

<http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br:8080/sisnov/iluminar/iluminar.htm>

Figura 05: Fluxo de Atendimento à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes de Campinas – Violência com lesão (2004)

FLUXO DO QUEBRANDO O SILÊNCIO

Fluxograma de Atendimento à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes
Campinas 2004 (Violência com lesão)

Extraído do portal do Programa Iluminar Campinas:

<http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br:8080/sisnov/iluminar/iluminar.htm>

Há outros programas, como o ESSCA - Programa de Enfrentamento à Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes - e o Projeto Rotas Recriadas, que visam fundamentalmente o combate e o enfrentamento ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes no município; o Serviço Alternativo de Proteção Especial à Criança e ao Adolescente (Sapeca), que atende crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em famílias acolhedoras. Todos estes programas efetivam uma política de proteção à família natural, e têm proporcionado o rompimento do ciclo de violência e uma alternativa ao abrigo.

Reconhecimento e desdobramentos do Programa Iluminar

No ano de 2005, o Programa foi reconhecido como uma experiência inovadora de gestão municipal e premiado no Programa Gestão Pública e Cidadania, da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP). Recebeu vinte mil reais em dinheiro, quantia que foi utilizada na compra de computadores para os serviços que ainda não estavam equipados; no IML foram adquiridos alguns instrumentos que facilitavam o atendimento ou o registro da violência, como máquinas fotográficas e coposcópio.

O prêmio gerou visibilidade ao Programa e outros municípios tiveram interesse em conhecer como foi estruturada a organização do cuidado, como descreveu a Médica Ginecologista:

Qual foi a importância do prêmio e da visibilidade? (...) Os municípios quiseram conhecer, aí o pessoal dizia, venha aqui falar. Aí falei, vem aqui conhecer... E eles vieram. Foi difícil porque eu precisei juntar todos os serviços da rede e fazer um programa de Visita Técnica. (...) Foi difícil, mas aí eu criei um outro processo de consolidação da rede. As visitas têm dia marcado, têm hora marcada, os serviços sentam-se, refletem e vão se expor. A partir do momento que os serviços têm que se expor eles querem fazer bem feito, eles refletem o dia-a-dia. (...) Nós fazemos a visita com o mesmo percurso que a pessoa que passou por violência sexual faz. Pegamos a Guarda Municipal, entramos no pronto-socorro, de lá para Delegacia, depois IML e Centro de Referência. A visita é de no máximo 6 pessoas.

A Visita Técnica acontece uma vez ao mês e o agendamento tem fechado o cronograma até dezembro, já no primeiro semestre do ano. A Coordenadora do Programa

Iluminar identifica que ao contar e escutar as experiências, surgem novas idéias e se constroem novas práticas, tanto para quem vem, como para Campinas.

Os próprios profissionais do Programa Iluminar, após a premiação da FGV, passaram a inscrever o Programa em outras premiações, o que resultou em novos prêmios, como na mostra de gestão do SUS e outro na área de DST/AIDS.

Não tínhamos idéia de quanto uma visita técnica tinha condições de interferir na consolidação de uma rede de cuidados. (Médica Ginecologista)

A premiação também contribuiu para consolidar o Programa na administração - isso pode ser notado na permanência do Programa após as mudanças de gestão.

O Programa passou a integrar o Plano Nacional de Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (MS) e o Plano Nacional de Enfrentamento à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes do Ministério da Justiça e Secretaria Nacional dos Direitos Humanos (Secretaria Saúde de Campinas, 2006). A Área Técnica de Saúde da Mulher e de Vigilância a Saúde, do Ministério da Saúde, inseriu a metodologia do Programa Iluminar em suas atividades de capacitação.

Tanto a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, como o Ministério da Saúde têm, desde 2007, destinado recursos aos municípios brasileiros para a capacitação de profissionais para o atendimento às pessoas em situação de violência. Vários municípios que receberam os recursos e já conheciam o Programa Iluminar através das Visitas Técnicas solicitaram auxílio para construção de suas estratégias locais. Até o início de 2008, a equipe do Programa Iluminar havia colaborado com 6 cidades.

Este tem sido um modo de replicar a metodologia de trabalho do Programa adaptada a outros contextos no estado de São Paulo, como relatam os entrevistados.

Os municípios começam como a gente, com o fluxo. Vemos que as dificuldades são as mesmas: problemas com IML, com o transporte. Vimos uma cidade ao lado de São Paulo que mandava as mulheres para o Pérola Byngton para fazer o aborto legal, sendo que eles tinham todos os recursos disponíveis. A capacitação e organização da rede geram uma resposta a essas mulheres. Imagine a situação, você viajar para fazer um procedimento sério destes, depois de você já ter

vivenciado uma violência. Nessas horas o que a mulher quer é estar perto de quem conhece... (Médica Ginecologista)

Tem sido muito interessante a discussão nos outros municípios porque a gente percebe que as dificuldades são semelhantes, mas às vezes, quando você tem alguém com o olhar de fora, isso te ajuda a ver melhor suas questões. Temos visto isto nos municípios. (Médico Ginecologista)

A partir de 2009, o Programa Iluminar iniciou a incorporação de outros programas e ações de enfrentamento à violência no sistema SISNOV, seguindo as orientações do Ministério da Saúde (MS), que solicitou a inclusão no sistema local da notificação corrente da violência doméstica contra a mulher adulta.

**6. Gestão e Perspectiva de Gênero na organização do cuidado do Programa
Iluminar: avanços e desafios.**

6.1 A GESTÃO INOVADORA DO CUIDADO NO PROGRAMA ILUMINAR ÀS PESSOAS QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA

A construção do projeto contra-hegemônico de Reforma Sanitária contou com a decisiva participação dos movimentos sociais, entre eles, o movimento de mulheres que buscou nas instâncias de debate das políticas de Saúde incluir conceitos como a necessidade de atenção integral das mulheres para além dos programas materno-infantis (COSTA, 2004).

A tentativa de organizar o cuidado para que as ações no setor da Saúde possam interferir e contribuir para as transformações das relações sociais têm sido o desafio constante para gestores, profissionais de saúde, acadêmicos e usuários do SUS.

Dessa maneira, o modo pelo qual a gestão do cuidado é proposta influenciará o processo de trabalho e a participação dos trabalhadores da área de saúde nas mudanças apontadas pela Reforma Sanitária. Entende-se que somente alterando o modo pelo qual os trabalhadores se relacionam com a vida, com o sofrimento dos indivíduos e com as coletividades é que se torna possível caminhar em direção às transformações (CARVALHO e CUNHA, 2006).

O desenvolvimento do SUS, o comprometimento e a efetivação dos preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde de todos os brasileiros, estão atrelados à possibilidade de implementar essas mudanças.

A gestão do cuidado no Programa Iluminar se desenvolveu dentro de um cenário favorável a mudanças pois, historicamente, Campinas organizou o setor saúde pautado por estas propostas de transformação do modelo assistencial trazido pela Reforma Sanitária. As mudanças fizeram a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em Saúde. Dessa maneira, traduziram um arranjo organizacional que não é simplesmente “uma forma de organizar os serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar um sistema de saúde, uma vez que refletem uma determinada combinação de saberes e técnicas que são utilizadas para resolver problemas e atender demandas de saúde individuais e coletivas” (CARVALHO e CUNHA, 2006).

Os pressupostos teóricos que orientam a integralidade e a intersetorialidade nas ações de saúde estão muito presentes nas intervenções propostas pelo Programa Iluminar. A seguir serão apresentados os modos como estes preceitos se concretizam nas ações.

A integralidade está presente nas ações que buscam considerar o indivíduo em sua singularidade e visam a atender as necessidades destes incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ela pode ser observada na própria concepção da organização do cuidado que pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas e assegura a atuação intersetorial entre as diferentes áreas envolvidas na determinação do processo de saúde.

A intersetorialidade pressupõe respeito à diversidade, às características de cada setor participante e à capacidade de compartilhar saberes e poderes (OPAS, 2003). Em Campinas as ações interssetoriais buscaram garantir a resolutividade de problemas como transporte público, gratuito e seguro às pessoas após a situação de violência sexual, promover atendimento ágil, rápido, humanizado e diferenciado nos diferentes setores da rede de cuidados, como na Saúde, Segurança Pública, Delegacia da Mulher e IML.

Para articular a organização do cuidado em prol do atendimento diferenciado o Programa Iluminar inovou, também na gestão financeira, ao direcionar recursos da Saúde para a Segurança Pública. Feuerwerker e Costa (2000) apontam que a dificuldade de financiamento de ações interssetoriais está entre os fatores que prejudicam a gestão da saúde por esta via. Em Campinas, as rubricas dos orçamentos públicos que, geralmente, são setorializadas, superaram as barreiras administrativas e os recursos financeiros da Saúde investidos no setor de Segurança Pública tinham como objetivo melhorar as condições de atendimento às pessoas e acolher sua problemática.

Foram pequenas intervenções na organização do cuidado que geraram ações substanciais no atendimento e nas relações interserviços.

Mas a intersetorialidade também está repleta de problemas, conflitos e contradições e, por isso, demanda estratégias para explicitar esses fatores que podem se tornar entraves no desenvolvimento das ações. A ficha de notificação da violência parece responder a essa função, pois possibilita, entre outras coisas, apresentar o movimento da pessoa atendida no fluxo de cuidados e identificar algumas rupturas no cuidado na rede intersetorial.

O Comitê Gestor do SISNOV, ao discutir os dados da notificação, criou espaços para que os gestores do serviço trouxessem suas problemáticas e queixas, e a ficha de notificação se tornou assim uma materialidade que instrumentaliza a gestão e potencializa a intersetorialidade.

Nas ações de enfrentamento à violência, o trabalho interdisciplinar e intersetorial é condição basal para a construção de respostas efetivas à problemática. A metodologia de trabalho proposta pelo Programa Iluminar procura consolidar essa prática e reforça aos serviços, através dos fluxogramas orientadores, dos manuais e da ficha de notificação. A metodologia permitiu aos profissionais de diferentes serviços compreender que eles não estão sozinhos, e que essa a rede tem condições de unir os serviços através de diversos Atores humanos e não-humanos, o que tem gerado ações mais potentes e criativas.

Mas para que a intersetorialidade se efetive, de fato, é necessário que profissionais e instituições assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção do cuidado nessa rede. A Coordenadoria de Saúde da Mulher, através das capacitações, levou a noção de solidariedade operante para as ações, onde propõe que o profissional co-construa uma atuação comprometida e ética com a pessoa que sofreu a violência sexual. Dessa maneira, ressaltavam a necessidade de cada profissional, independentemente de sua função no serviço, identificar a demanda daquela pessoa e orientá-la adequadamente dentro da organização do cuidado.

Para Merhy (2000), a produção de cuidado se dá com a construção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações. O autor cita que o médico utiliza em seu trabalho uma valise de mão, onde estão o estetoscópio, o esfigmomanômetro e outros equipamentos, que seriam as tecnologias duras; uma outra valise, que está na cabeça, contendo os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, que seriam as tecnologias leve-duras; uma terceira valise, a das relações, que está entre o trabalhador e o usuário, com as tecnologias leves. É neste território das tecnologias leves que acontece, para o autor, a produção do cuidado.

Segundo essa lógica da produção de cuidados, o Programa Iluminar considerou que todos os profissionais têm importância na rede e valorizou o encontro de trabalhadores com a(o) usuária(o) propondo a transversalização do cuidado. Sabemos que o modelo de trabalho nos serviços ainda está muito marcado pelas posições sociais que historicamente delimitam os lugares de saberes e poderes. A ideia de transversalização do cuidado vem reforçar a

necessidade de superação destes lugares com a noção de que em todos os espaços de trabalho há a possibilidade de agir como um facilitador do cuidado, se o profissional souber informar corretamente e orientar as pessoas que circulam em sua unidade. Com isso, vai sendo desconstruída a noção de que somente especialistas ou detentores de um saber elaborado nos espaços acadêmicos estão aptos a cuidar.

O acolhimento diferenciado qualifica a prestação do cuidado à saúde. Para Merhy (1997), acolher bem o usuário significa, entre diversas coisas, ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologias materiais e não materiais que produzirão procedimentos eficazes.

A Coordenação do Programa Iluminar se posicionou como “agente de cuidado” quando, desde o início da organização do cuidado, interveio nos serviços através de reformas físicas, na escolha cuidadosa dos locais para capacitação e no respaldo durante o acompanhamento dos casos.

Assim, a coordenação do Programa Iluminar “cuidou” dos locais que precisavam de melhorias físicas e insumos, como o IML e a Delegacia da Mulher, e mostrou aos profissionais que quando estamos acolhidos, confortáveis, como no salão do hotel, a tensão gerada por um tema tão complexo como a violência pode ser amenizada. As materialidades foram dando sentidos às relações entre os profissionais e o Programa, gerando novas práticas no cuidado.

Durante o acompanhamento dos casos de difíceis resoluções, a Coordenação do Programa buscou apoiar e compartilhar, através de reuniões interserviços, a construção de respostas colaborativas cuidando, assim, tanto das (os) usuárias(os) como das(os) profissionais que lidam diariamente com situações impactantes.

Essas reuniões parecem ter uma importância significativa no manejo dos casos, pois a ocorrência de um caso envolvendo violência sexual contra uma garota foi lembrada por quatro pessoas entrevistadas - as duas Médicas Pediatras, a Assistente Social e o Médico Ginecologista. Eles relataram que o caso envolvia tamanha complexidade e impacto emocional que foi preciso juntar 27 serviços de diferentes setores numa mesma reunião para encontrar uma resposta efetiva. Essa reunião foi convocada pela Coordenação do Programa Iluminar e trouxe desde a liderança de bairro, a diretora da escola, a Guarda Municipal, até a Médica que tinha prestado assistência na unidade de saúde. Os profissionais relataram que ao

“colocarem na roda” a situação eles conseguiram organizar seus sentimentos de medo, impotência e raiva que haviam sido mobilizados no acompanhamento do caso.

Esta tem sido uma estratégia de ação através da qual a equipe do Programa garante aos profissionais que eles não estão sozinhos e as respostas precisam ser construídas nos espaços coletivos. Este tipo de intervenção busca cuidar não só da pessoa que sofreu a violência, mas de todos os profissionais que se envolveram no cuidado.

São pequenos diferenciais que deram sentido à relação que o Programa Iluminar estabeleceu com seus parceiros, demarcando na prática a importância do cuidado. As materialidades, como definição de protocolos e fluxos, documentos elaborados nas reuniões, relatórios técnicos para encaminhamentos jurídicos, compra de aparelhos, entre outros, mediarão as relações de cuidado e produziram a efetividade da gestão.

Foi possível identificar que o conhecimento produzido na integração da organização do cuidado foi incorporado pelo IML nas materialidades físicas ao adaptar o espaço para o atendimento digno e humanizado, e nas habilidades técnicas ao transformar o modelo assistencial. LATOUR e WOOLGAR (1997) ressaltam que quando o conhecimento é corporificado em várias formas materiais, ele é produto final de muito trabalho nos quais elementos heterogêneos, neste caso: laudos, mesa ginecológica, espéculo vaginal, avental, luvas descartáveis, reagentes, mãos habilidosas, estagiárias de enfermagem, paredes limpas, profissionais e protocolos médicos são justapostos numa Rede que supera suas resistências.

A transformação que o Programa Iluminar proporcionou trouxe a reflexão sobre a composição e articulação dos Atores. Todos estes elementos que se articulam e compõem diferentes Redes que participam da estrutura social não são separados e independentes, “mas um local de luta, um efeito relacional que se gera recursivamente e se auto-reproduz” (MORAES, 2003, p 23).

Para CECÍLIO (2009), a gestão do cuidado abrange pelo menos três dimensões - a dimensão profissional, a dimensão organizacional e a dimensão sistêmica - e ele as representa por três círculos concêntricos, para expressar a ideia de imanência entre elas. A primeira dimensão, ou o círculo mais interno, é a gestão do cuidado na esfera de responsabilidade profissional, onde se dá o sempre singular encontro trabalhador-usuário. Nessa dimensão três componentes são importantes para a “configuração da boa ou má gestão do cuidado: a postura ética do trabalhador; a competência com que o trabalhador opera o seu "núcleo" de

saber (o quê, segundo o autor, nos remete ao “maior ou menor domínio técnico-científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente”) e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente. (2009, p. 548).

A outra dimensão, o "círculo do meio", é a "dimensão organizacional", onde o autor dialoga com SCHRAIBER (1993) e ressalta que a institucionalização da prática dos médicos, quando passa a depender, de forma crescente, de contextos organizacionais para o seu exercício, é uma das características da transição da medicina liberal para a medicina tecnológica. São os desdobramentos da divisão técnica e social do trabalho em saúde que resultaram na fragmentação de práticas e lançaram novos desafios e esforços para a coordenação dos trabalhos e para o processo de comunicação entre os profissionais.

Esta divisão tem repercussões significativas por trazer tensões decorrentes das “diferentes valorizações – incluindo as remunerações e o *status* de poder e autonomia – dos diferentes trabalhadores, embora o trabalho de todos seja anunciado como igualmente imprescindível para a “finalização do cuidado” (CECÍLIO,2009, p.549).

Na "dimensão organizacional" do cuidado, novos atores, elementos e dispositivos integram essa relação, redefinindo o processo de trabalho que agora conta com o uso de registro e informação sistematizada, espaços de conversa e troca sobre o usuário, o estabelecimento de fluxos, a normalização de processos de trabalho, entre outros, que levaram ao compartilhamento de responsabilidades entre os atores. As relações vão se tornando mais complexas, se comparadas com o encontro profissional-usuário e, assim, o autor chama a atenção para o trabalho gerencial, que deverá, idealmente, se ocupar dessas duas dimensões, com suas especificidades e interdependência.

O último círculo, da gestão do cuidado, o mais externo dos três, representa a "dimensão sistêmica". O autor propõe pensar na perspectiva sistêmica, por trazer a idéia de um “conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Tais fluxos serão definidos por protocolos, controlados por centrais de vagas ou de marcação de consulta, sempre na perspectiva de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam” (CECÍLIO,2009, p. 549).

No Programa Iluminar é possível identificar a dimensão profissional em diversos momentos - um deles diz respeito à capacitação específica para a administração da Norma

Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, nos serviços que ainda não faziam a profilaxia de urgência.

O uso de um Protocolo de Atendimento tende a uma prática estática e reducionista, por limitar o profissional as intervenções descritas e não dar a devida importância a singularidades das(os) usuárias(os) e das(os) profissionais. O uso do Protocolo para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual, no Programa Iluminar, possibilita aos profissionais uma diretriz sobre as ações e garante que os fluxos na organização do cuidado possam ser acompanhados.

O referenciamento do caso também está mediado por materialidades que são produzidas nos inúmeros encontros da Rede - os nós vão se ligando e interconectando a outras Redes de novos encontros e dando sentido ao cuidado.

A Assistente Social de um serviço de Atenção Hospitalar relatou que sempre que possível, ao encaminhar uma pessoa para outros serviços da rede, ela telefona para o serviço e complementa as informações com detalhes sobre o atendimento que já foi oferecido a pessoa na unidade onde ela trabalha. Nesse momento ela informa sobre a magnitude da violência ocorrida e algumas características que foram identificadas no primeiro atendimento, como a presença ou não de um dispositivo de apoio social à pessoa em atendimento.

A profissional criou essa prática ao perceber que quando inicia um atendimento tendo as informações mais completas do serviço anterior, ela minimiza o sofrimento da pessoa, evitando que ela relate novamente todas as informações da ocorrência de violência. Essas informações instrumentalizam melhor o trabalho que será desenvolvido daquele momento em diante.

Para a Assistente Social essa facilidade na comunicação entre os serviços se efetivou pelo trabalho promovido na construção do cuidado do Iluminar. Para ela, conhecer e identificar os interlocutores dos serviços gera mais coerência ao encaminhamento e, conseqüentemente, isso passa maior segurança à pessoa que será recebida.

A pessoa que sofre violência geralmente carrega temores, sentimento de vulnerabilidade, medos de represálias e insegurança, daí a importância de se considerar esses impactos no momento do cuidado. Ao trabalhar esses sentimentos o profissional cria um diferencial no atendimento e reconhece a integralidade do sujeito atuando para auxiliá-lo a

lidar com os aspectos emocionais. A solidariedade operante instiga a encaminhar certo e rápido, considerando que a pessoa não pode mais passar por situações desgastantes.

Nesse sentido, a Guarda Municipal tem um papel fundamental ao auxiliar o deslocamento seguro e imediato das pessoas entre os serviços. Está claro para a pessoa que aqueles serviços estão preparados para acolhê-la, dando a sensação que ela está no lugar certo para enfrentar o problema.

Assim, analisando da perspectiva da dimensão organizacional, proposta por CECÍLIO (2009), constatamos que os profissionais do setor de saúde passaram a interagir com novos atores no cuidado, como a Guarda Municipal, lançando o desafio de estabelecer novas comunicações na construção do cuidado.

Na dimensão sistêmica podemos associar o próprio desenho da organização do cuidados, que estabeleceu fluxos e portas de entradas para ampliar o acesso ao cuidado. A função da “porta de entrada” não é mais barrar e limitar o atendimento, mas sim oferecer respostas ao problema, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações (Mehry, 1994).

CECÍLIO (2009), ao utilizar o conto *A morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstói, para explorar o tema das múltiplas dimensões da gestão do cuidado, indaga se é possível que numa complexa rede de serviços tais encontros de cuidados se reproduzirem em grande escala. No conto, Ivan é um juiz, vive na Rússia czarista da segunda metade do século XIX e passa pela experiência do adoecer e do morrer. Nesse processo é cuidado, de forma diferenciada, por Guerássim, “um serviçal mujique - o camponês russo – e analfabeto”. O serviçal consegue escutar, de forma radical e criativa, a necessidade de cuidado de Ivan e promove o alívio da dor e o ajuda a entender o medo, confortando-o.

Nosso estudo buscou identificar o manejo da gestão do cuidado na rede Iluminar e alguns elementos possibilitaram considerar a gestão como inovadora por se pautar na horizontalidade, intersetorialidade, integralidade e na promoção da atenção ética e respeitosa à pessoa que sofreu violência sexual.

As materialidades na gestão, além de darem novos sentidos ao atendimento às pessoas em situação de violência e nortear as práticas dos profissionais, também geraram dados para intervenções urbanas. Ao identificar, através dos dados do sistema de notificação, lugares onde a violência urbana era recorrente ou mais incidente, a coordenação do Programa

Iluminar solicitou junto aos órgãos competentes a melhoria da iluminação pública e o aumento de segurança. E, assim, ampliou-se a iluminação e a ronda policial em locais de risco.

Alguns elementos que dão sentido a integralidade, como a organização do cuidado a partir da necessidade dos indivíduos e a articulação entre prevenção e assistência para a estruturação da política (MATTOS, 2006), nortearam a gestão do cuidado em Campinas. Apesar do Programa Iluminar não ter sido ainda considerado uma política pública municipal, a forma pela qual tem respondido à questão da violência permite olhá-lo dessa perspectiva - de uma política pública. O Programa tem sido um conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais e para o compromisso público com o enfrentamento à violência na cidade de Campinas.

O Programa Iluminar trabalhou a articulação teórica do conceito Paideia, da noção de solidariedade operante de direitos sexuais e reprodutivos com os conhecimentos técnico-científicos do cuidado às pessoas que passaram pela situação de violência sexual. Os conteúdos culturais, políticos e ideológicos abordaram questões associadas à violência e cultura, como a construção social do feminino como figura frágil que precisa de cuidados e apresenta as mulheres como eternas dependentes; e a crença de que a punição e castigo dirigidos às crianças e adolescentes são educativos.

Os aspectos econômicos na gestão do Programa Iluminar - sua exequidade e sustentação material - parecem estar consolidados pela gestão municipal e federal, uma vez que o município recebe recursos de diversos programas federais, como o Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra a Mulher, e complementa a gestão do programa com recursos próprios.

Assim, o Programa Iluminar apresentou uma gestão do cuidado às pessoas que passaram por situações de violência de uma maneira inovadora, voltada para a consolidação do trabalho com elementos de uma política pública e articulando diferentes Atores humanos e não-humanos nessa construção do cuidado.

Os profissionais formam um sistema complexo, móvel, mutante, com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional”. Segundo CECÍLIO (2007), os integrantes desta organização são portadores de valores, de projetos e de interesses, e disputam sentidos para o trabalho na Saúde. As práticas de saúde são práticas sociais,

produto das relações sociais e essas relações correspondem ao modo como os homens se relacionam entre si. Dessa forma, o Programa buscou coconstruir novos sentidos ao cuidado às pessoas em situação de violência, valorizando a potencialidade de cada um nesse encontro.

Para MERHY (2006), o encontro profissional/usuário está repleto destas possibilidades de criação e de singularidade que poderiam tomar visibilidade como o eixo de qualquer ação gerencial. Ao escutar o relato da Médica Pediatra que trabalha na Assistência Hospitalar, e participou da etapa de treinamento inicial, é possível compreender como, em Campinas, a gestão do cuidado deu visibilidade a estas singularidades:

A capacitação convidava até o jardineiro do posto de saúde. Ai no final a gente entregava um botton à pessoa e a convidava a falar porque ela havia ido e ficado naquela reunião. Porque ela poderia sair, ir embora. Então você escutava isso; o jardineiro dizendo, ao colocar seu botton: “fiquei porque posso ser a primeira pessoa que a mulher vai pedir ajuda quando chegar na unidade, e eu vou saber informar aonde ela vai...”. Olha, isso é muito bonito, a pessoa ter noção que ela vai cuidar... (Pediatra)

6.2 A PERSPECTIVA DE GÊNERO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA ILUMINAR

É necessário que no desenvolvimento de políticas públicas de saúde seja salientado, no desenho dessas políticas, na gestão e no modelo de atenção à saúde, a incorporação da categoria de gênero como elemento fundamental na definição de estratégias para o direito à Saúde, assim como para a consolidação de um projeto de sociedade solidária.

A análise das políticas públicas de saúde, a partir das questões de gênero, é uma maneira de contribuir para a reflexão sobre as influências das relações de poder e da condição feminina ou masculina na vulnerabilidade relacionada à saúde, que produz as desigualdades. A gestão do cuidado voltado às mulheres demanda a crítica em prol da autonomia destas nas relações com os profissionais e serviços; e também demanda a redução da assimetria do poder

presente nas práticas e do uso excessivo de medicalização para tratar questões que têm em seu bojo fatores sociais, culturais, políticos, entre outros.

O movimento social de mulheres e pesquisadoras da área buscaram dentro da Reforma Sanitária inserir reivindicações, como a necessidade de se considerar a diversidade de alternativas assistenciais, de acordo com as complexidades relacionadas à saúde feminina nas diferentes regiões do país (COSTA, 2004). Apesar de muitos avanços, é possível notar ainda no Brasil a dificuldade de se inserir nas políticas públicas e nas práticas profissionais medidas que integrem a dimensão de gênero e promovam intervenções politizadas e comprometidas com os direitos e com a redução das desigualdades.

CARVALHEIRO (2008) destaca que em 2004 o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Morbimortalidade Materna e Neonatal, e em 2008 uma avaliação realizada mostrou que embora tenha ocorrido redução expressiva da morbimortalidade neonatal, a mortalidade materna continua no mesmo patamar. Em 2004, também foi lançada a Norma Técnica de Atenção Humanizada a Abortamento, com o objetivo de reduzir os impactos das complicações do aborto inseguro para a saúde das mulheres e diminuir sua contribuição às taxas de morte materna. No entanto, até 2008 essa norma ainda era pouco conhecida por um grande número de profissionais que trabalham nos serviços de emergência obstétrica. E, finalmente, o autor ressalta que somente em 2007 foi lançado um plano específico para combater a feminização da epidemia de AIDS no Brasil, apesar de o país ser reconhecido internacionalmente pela excelência de seu programa na área.

Nestes breves exemplos é possível notar a distância que prevalece entre a conquista dos direitos no papel, em forma de diretrizes, normas, portarias, tratados e políticas, e a sua prática no encontro diário com as mulheres. Quando se direciona o olhar para a questão da violência de gênero, essa distância se mostra ainda mais grave, pois o próprio Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), formulado no arcabouço do Movimento Sanitário, não tratou de imediato a violência; ele se voltou inicialmente para a reprodução humana, fazendo a crítica ao lugar das mulheres nas práticas na Saúde (SCRAIBER e cols, 2009).

A autora e suas colaboradoras relembram que violência contra a mulher no setor Saúde emerge relacionada primeiramente com a prática do aborto legal, o que muitas vezes produz sentidos à violência associados à violência sexual por desconhecidos, não dando

visibilidade à violência sexual nas relações com os parceiros íntimos. Na rede Iluminar também o foco é a violência sexual e a análise dos dados de pesquisa indicam que as desigualdades de gênero vem sendo pouco trabalhadas.

Provavelmente isto está associado ao reconhecido impacto da violência sexual e na mobilização que esta causa nos profissionais envolvidos na formulação de políticas e também na necessidade de criação de serviços específicos para atender a violência sexual no Brasil. Pode-se dizer que a priorização na violência sexual, devido as implicações biológicas e as possibilidades de desenvolver DST e gravidez indesejada coloquem a violência sexual como urgente na pauta das agendas públicas. Enquanto que a violência perpetrada por parceiros íntimos, cujos impactos são geralmente de ordem psico-social, os esforços não tem sido da mesma magnitude.

A atenção às mulheres em situação de violência sexual tem se apresentado como uma tendência progressiva de expansão nos últimos anos, sendo que estes serviços estão concentrados nas capitais e regiões metropolitanas. Em 1999, 17 serviços hospitalares estavam preparados para atender a mulheres que sofreram estupro. Em fins de 2002, esse número atingia 82 serviços, sendo que o aborto pós-estupro era realizado em 44. (BRASIL, 2002a).

Partindo deste ponto de reflexão, da forma como o atendimento às mulheres que sofreram violência sexual no país tem se estruturado, a consolidação da rede de cuidados do Programa Iluminar pode ser considerada um avanço na efetivação das ações de cuidados as mulheres e na tentativa de inserir ações intersetoriais no enfrentamento à violência.

O Programa tem ampliado à população feminina de todas as faixas etárias o acesso aos cuidados após a violência sexual; tem disponibilizado as tecnologias e materialidades que previnem os agravos à violência, e oferecido cuidados aos danos causados. As ações tem sido desenvolvidas em estreita parcerias com outros setores, como a Guarda Municipal, o IML e a Delegacia da Mulher, o que tem gerado uma mudança na compreensão da violência sexual como uma questão policial para ser inicialmente uma questão de saúde.

Como um dos objetivos deste estudo foi analisar como a transversalidade de gênero atravessa o Programa em suas diferentes práticas, se faz necessário ampliar a discussão, baseada em algumas informações relevantes.

Ao analisar os dados dos boletins do SISNOV, foi possível observar que as violências perpetradas pelos parceiros íntimos das mulheres adultas não têm sido objetos de notificações. Isso remete à já discutida questão da dificuldade de se trabalhar os conflitos e as desigualdades presentes no âmbito privado e a insuficiência de tecnologias na Saúde para abordar esse tipo de violência, uma vez que não demanda uma ação pautada nos protocolos de urgência, por ser uma violência crônica.

Segundo o Comitê Gestor do SISNOV, os profissionais foram orientados a notificar os cuidados que foram oferecidos aos casos de “violência doméstica contra criança e adolescente, violência sexual em qualquer idade e sexo e de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes”. Mas, embora a ficha do SISNOV possibilite a notificação da ocorrência de violência doméstica contra a mulher adulta, esta quase não aparece na publicação do boletim do SISNOV.

Esse modo de pensar pode ser identificado nos boletins do SISNOV onde o número de casos atendidos envolvendo a mulher adulta na faixa etária de 20 a 50 anos ou mais, que sofreram violência doméstica, é muito pequeno (46 casos) comparado com os números de notificações de crianças e adolescentes (190 casos).

Tabela 03 – Notificação da violência contra mulher na cidade de Campinas.

	Doméstica	Urbana	Total
0-4	33	2	34
5-9	65	6	71
10-14	69	44	113
15-19	23	97	120
20-24	9	63	72
25-29	9	38	47
30-34	3	22	25
35-39	3	17	20
40-44	3	10	13
45-49	5	10	15
50 e +	7	8	15
Ignorado	7	4	11
Total	236	321	557

Dados Extraídos da Capacitação do Programa Iluminar – (Diário de Campo)

Assim, considerando a alta prevalência de violência perpetrada pelos parceiros íntimos, divulgada por estudos da área, parece haver uma subnotificação dos casos de violência de gênero no SISNOV.

Ao comparar estes dados com os da Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social (SMCTAIS), em seu Relatório de Gestão, no ano de 2005 pode-se inferir que as mulheres adultas que sofreram violência doméstica, em alguns espaços da rede (mais precisamente, em locais que não são serviços de saúde) estão sendo atendidas, mas não estão sendo notificadas.

A SMCTAIS é um órgão que comporta os Departamentos: de Operações de Assistência Social (DOAS), de Trabalho e Renda (DTR), e de Gestão e Desenvolvimento Social (DGDS), departamentos que são responsáveis pelo planejamento, execução, monitoramento e gestão das ações do Executivo Municipal na Área da Assistência Social. Em 2005, a SMCTAIS incorporou as Coordenadorias: da Mulher, da Juventude, e de Promoção da Igualdade Racial, além do Centro de Referência de *Gays*, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais (CRGLTTB).

Analisando os dados de apenas dois serviços citados no Relatório SMCTAIS (2005), encontra-se as seguintes informações:

Na Casa Abrigo da Mulher “Sara M”, que faz dentre várias ações o “acolhimento e proteção temporários às mulheres e seus filhos (crianças e adolescentes), vítimas de violência de gênero, dentro da esfera doméstica e em iminente risco de vida”, o registro de atendimentos no referido ano foi de 911 casos, como apresenta a tabela abaixo.

Tabela 04 – Numero de atendimentos do SMCTAIS, de Campinas no ano de 2005.

Regiões	Atendidos Mulheres, Crianças e Adolescentes	Acompanhamentos
Norte	11	<u>911</u>
Sul	90	
Leste	21	
Sudoeste	24	
Noroeste	06	
Outros Municípios	05	
Total	157	

Extraído do Relatório de Gestão da SMCTAIS (2005, p. 169)

O número de atendimento no Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO), que realiza várias atividades como o acompanhamento, apoio e orientação às mulheres e suas famílias, que têm seus direitos violados sofrendo violência, discriminação, preconceito e desinformação, foi de 2.167, também referente ao ano de 2005, conforme a tabela seguinte:

Tabela 05- Número e tipo de atendimento oferecido no CEAMO em Campinas no ano de 2005

Total de atendimentos	
(desde a criação até dezembro/2005)	5.997
Total de atendimentos em 2005	2.167
Atendimentos na Sede	445
Oficinas descentralizadas	1.722 pessoas
Oficinas na Sede	35/mês
Média mensal de mulheres	
(sistematicamente acompanhadas nas varias áreas)	112/mês
Extraído do Relatório de Gestão da SMCTAIS (2005, p. 191)	

Considerando que estes dois dispositivos públicos fazem parte do Sistema de Notificação da Violência (SISNOV) como notificadores, segundo informação do profissional do Sistema de Informática, pode-se inferir que há uma lacuna na compreensão conceitual acerca da violência de gênero na rede de cuidados, pois as mulheres foram atendidas e não foram notificadas. Os dados que tomaram maior visibilidade são aqueles atendimentos pautados no uso de protocolos, fluxos de atendimento e manuais de encaminhamento, ou seja, aqueles atendimentos onde as marcas no corpo estão explícitas e demandam intervenções médicas.

Parece que quando a pessoa atendida circula pela rede de cuidados, acompanhada por materialidades como fichas, normas técnicas, fluxogramas, carta de encaminhamento, ou ainda, se elas forem levadas pelas viaturas, ou encaminhadas de outros serviços, elas passam a ter visibilidade no banco de notificações. Se o atendimento exigir poucas tecnologias e a entrada

na rede de cuidados se der por serviços, como da área de Assistência Social, o cuidado não entrará nos registros de cuidados.

Schraiber e cols (2005) destacaram nesse sentido, que a invisibilidade da violência, especialmente no campo da Saúde, é reforçada pelo que se pode nomear de 'recusa tecnológica', em que a violência nas representações e concepções dos profissionais do campo, ou não possui tecnologia na Saúde, ou não gera propostas nessa direção.

O atendimento à violência sexual ganha maior visibilidade, e isso pode ser notado também ao se visualizar que dentre 36 serviços notificadores, os maiores índices de notificações são oriundos de locais que atendem este tipo de caso, como o CAISM e a Pediatria da UNICAMP. Nos boletins em que os casos de violência sexual são notificados, as vítimas são mulheres adultas, e a violência é identificada como urbana, ou seja, o autor é desconhecido. Considerando que as publicações e pesquisas na área apontam que as violências por parceiros íntimos se apresentam como a maior parte das violências contra mulheres, estes dados merecem ser problematizados.

Sem dúvida, as capacitações do Programa Iluminar sensibilizaram o olhar à violência como um problema de saúde, e instaurou um modelo de trabalho pautado no suporte intersetorial para os casos de violência doméstica contra criança e adolescente, violência sexual em qualquer idade e sexo e de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, mas tem uma lacuna já que não incluiu na discussão a violência doméstica contra a mulher adulta.

A violência contra mulher adulta perpetrada pelo parceiro íntimo parece ainda estar velada dentro da rede de cuidados e compromete o enfrentamento das iniquidades, que exige intervenções exatamente nos aspectos considerados como determinantes sociais, aqueles através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que são potencialmente alterados com medidas tomadas a partir de informações e evidências de sua ocorrência e relação (KRIEGER, 2001).

A promoção dos direitos reprodutivos e sexuais está relacionada à autonomia e a integridade da pessoa humana. O corpo marcado pela violência sexual, tanto doméstica quanto urbana, subjuga a mulher na sociedade. Portanto, esses direitos vão ser garantidos quando se desenvolverem políticas públicas que contemplem a transversalidade de gênero e que se faça avançar na questão de como parte de uma política de Estado, como meio de

combater e enfrentar a violência sexual e doméstica, assegurando às mulheres os distintos direitos. Esses são aspectos imprescindíveis para conduzir a ética verdadeiramente centrada em uma cidadania voltada para a vida cotidiana (ÁVILA, 2004)¹²

O Programa Iluminar inseriu no debate público o tema da violência de gênero contra meninas, que se expressa em maus tratos físicos, psíquicos, sexuais, negligência, omissão da família ou do estado, exploração sexual, ou mesmo pelo seu abandono quando desaparecidas ou em fuga (RFS, 2006). Pela complexidade que também carrega esse tipo de violência, nessa faixa etária, este demanda um esforço conjunto e contínuo no seu enfrentamento e reconhecimento.

Apesar de ser um fenômeno recorrente na história da humanidade, somente há poucas décadas tem sido desvelado como um problema concreto da sociedade e gerado avanços em matérias legislativas, como trazem os instrumentos jurídicos, nacionais e internacionais, que servem como marco na questão da violência contra mulheres e meninas, destacando artigos da Constituição Brasileira (1988); das Convenções de Belém do Pará (1995), de Viena (1993) e dos Direitos da Criança (1989); do Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA (1990) e do Código Penal Brasileiro (RFS, 2006).

Mesmo destacando esses avanços, é importante reconhecer que na prática ainda se tem muito a fazer para prevenir, punir e erradicar a violência contra meninas. No Brasil ainda há uma carência grande de dados e uma realidade subestimada pela “lei do silêncio” que prevalece no âmbito familiar.

Assim, é inegável que o Programa Iluminar, ao divulgar que no período de julho de 2005 a dezembro de 2008, cuidou de 858 casos de violência doméstica e sexual contra meninas na faixa etária de 0 a 17 anos, conseguiu fazer com que os profissionais intervissem em questões que envolvem diversas complicações.

Importante lembrar que os Programas parceiros, que fazem atendimento a essa demanda em Campinas, têm conseguido consolidar os atendimentos e ampliar suas intervenções através de financiamentos externos, como os da UNICEF e Petrobrás.

¹²

Ávila, M. B. Apresentação de Seminário da Fundação MacArthur (Tema: Políticas públicas e Gênero), 2004.

Isso pode ser um indicativo de que os profissionais não estão realizando um enfrentamento da problemática de gênero, parece haver alguns entraves para esse enfrentamento que acompanham o atendimento, como o medo e a dificuldade de compreender as complexas e diversas relações familiares, e estão se posicionando enquanto agentes de mudanças ao identificar o problema e encaminhar o cuidado na rede. Esse movimento de mudança se iniciou com o convite do Programa Iluminar, lançado nas capacitações, pois coincidentemente, os números crescentes de atendimento e cuidado coincidem com as etapas de capacitações realizadas.

As capacitações do Programa Iluminar ainda se deparam com muitas limitações, pois, se imaginarmos que, até o ano de 2007, 1.200 profissionais haviam participado oficialmente das atividades, teremos uma parcela grande de profissionais que ainda não entraram em contato com as orientações do Programa, mesmo considerando que muitas unidades e serviços promoveram a replicação dos conteúdos.

Mas essas mudanças que as atividades trouxeram aos serviços também podem ser analisadas de um outro ângulo, quando se avalia o quanto as intervenções propostas colocam em circulação, nos serviços e na sociedade, os preconceitos e barreiras que acompanham os temas. Estes profissionais estão inseridos em outras redes sociais e estão a todo o momento ressignificando seus repertórios. Há um alcance social da ação que destaca a responsabilidade ético-política para a transformação das questões.

As diferentes formas de violência estão marcadas por diversas negações e preconceitos que demandam desconstruções; deste modo, os profissionais que participaram das capacitações estão ressignificando os sentidos da violência, e gerando um novo modo de olhar e tratar a questão, em outras inúmeras redes sociais que pertencem.

São pequenas intervenções em microespaços que transformam as relações de gênero em busca da desconstrução do alto nível de aceitação social, de naturalização e de banalização da violência atual.

Na violência sexual contra homens, principalmente adultos, existe o tabu social para abordar a questão e preconceitos como o de que “homem abusado vai ter sua escolha sexual afetada”; todos esses fatores influenciam a busca por serviços e tratamento. Os homens sentem vergonha, medo da humilhação que possam sofrer e acabam não procurando ajuda, tendo assim seus direitos e sua saúde seriamente afetados. Os dados de atendimento à

violência sexual contra homens adultos ainda são muito escassos, mas desponta como possibilidade de ofertar com respeito ao que é direito aos homens e reduzir o preconceito e o silêncio frente ao tema.

Para as mulheres, principalmente quando o autor da violência sexual é um familiar ou conhecido, muitas vezes elas se calam por medo de represália, humilhação e culpa. São sentimentos construídos socialmente, pois culturalmente são esperadas das mulheres atitudes de resignação, respeito e silêncio. No imaginário social, inclusive entre os profissionais da saúde, é muito comum escutar a ideia de que a mulher é culpada pela violência sofrida.

A violência sexual é uma demonstração extrema de poder do homem sobre as mulheres, onde o corpo feminino se torna objeto e a mulher tem sua autonomia negada. Historicamente, os estupros de mulheres têm sido comuns em guerras como símbolo de conquista e da barbárie que circunda essa situação (CAVALCANTI e cols, 2006).

São muitas as construções sociais que limitam o direito, a equidade de gênero e o acesso a ações cujo objetivo é minimizar, reduzir, evitar e prevenir a violência de gênero. Dessa maneira, quando se considera que o Programa Iluminar está colocando em circulação essas construções, é possível imaginar que está promovendo indiretamente mudanças sociais e culturais, para além dos serviços em longo prazo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da violência de gênero tem sido trabalhada por diversos atores que direta ou indiretamente participam na elaboração de políticas públicas. Um bom exemplo é a *Campanha 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres*, que ocorre desde 1991, no período de 25 de novembro a 10 de dezembro, em todo o mundo.

As datas foram escolhidas devido a 25 de novembro ser o Dia Internacional da Não Violência contra as Mulheres, e o 10 de dezembro, o Dia Internacional dos Direitos Humanos. Esta foi uma maneira de vincular simbolicamente a violência contra as mulheres com os direitos humanos, enfatizando o fato de que a violência contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos. No período dos 16 dias também são destacadas outras importantes datas: 29 de novembro, o Dia Internacional das Mulheres Defensoras de Direitos Humanos; dia 1 de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a AIDS e 6 de dezembro, Dia do Massacre de Mulheres de Montreal, que fundamenta a Campanha Mundial do Laço Branco.

Atualmente essa Campanha ocorre em 159 países e, no Brasil, a partir de 2003, ela foi impulsionada, pelas Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento – AGENDE, em parceria e com o apoio financeiro do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher – UNIFEM, sendo, desde então, reconhecida como uma ação integrada nacionalmente que envolve parcerias no âmbito nacional com 32 redes e articulações nacionais de mulheres (2.400 organizações) e de direitos humanos (400 organizações); órgãos governamentais do Legislativo, do Executivo e do Ministério Público Federal; empresas públicas, estatais e privadas; representações das agências das Nações Unidas no país.

No ano de 2009, a *Campanha* destacou a questão do compromisso e atitude frente à questão. Trata-se de uma campanha educativa, que destaca que a luta contra a violência de gênero pode ocorrer em diversos espaços e por qualquer pessoa que queira tomar uma atitude em favor do fim da violência contra as mulheres. As informações e conhecimentos sobre o tema, bem como sua divulgação e compartilhamento são consideradas por elas como estratégias para transformar as relações e consolidar os direitos.

A sociedade brasileira ainda se revela dotada de um legado patriarcal, sexista, racista e socialmente excludente. Recentemente, foi possível acompanhar em todos os noticiários um absurdo incidente dentro de uma universidade privada¹³. Uma aluna, de 20 anos, que foi à

¹³ “Uniban decide expulsar aluna hostilizada por usar vestido curto”.
http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/comentarios/expulsao_na_uniban_all-6.shtml

aula com um “vestido rosa e curto”, foi hostilizada por uma multidão que não tinha sexo: homens e mulheres passaram em coro a gritar “puta” e ameaçá-la de estupro. A aluna teve que se esconder em uma sala, sob os gritos enfurecidos pela “falta de decoro do vestido rosa”. A polícia foi chamada para fazer a escolta policial e um jaleco branco a protegeu da ira dos colegas que não “suportavam vê-la em traje tão provocante”.

Foi um caso explícito e assustador de violência contra a mulher, negando o direito e a liberdade das pessoas para escolher suas roupas, exibirem da forma que escolherem a sua beleza e sensualidade. A universidade ameaçou expulsá-la, enfatizando a “culpa” da aluna por ter “causado tamanho tumulto e ir contra os princípios éticos da instituição”. Em pertinente artigo jornalístico¹⁴, Débora Diniz ressaltou que “A adequação entre roupas e espaços é uma regra subjetiva de julgamento estético que denuncia classes e pertencimentos sociais. Não é um preceito ético sobre comportamentos ou práticas. Mas inverter a lógica da violência é a estratégia mais comum aos enredos da violência de gênero.” (2009, s/p).

O exemplo ilustra a distância que existe entre os avanços e conquistas dos direitos das mulheres e sua incorporação pela sociedade brasileira. Uma instituição que deveria promover a educação para a transformação da sociedade, para equidade e respeito, corrobora o preconceito e exclui.

Estes dois exemplos foram citados para ressaltar que, apesar de esforços sistemáticos como a *Campanha 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres* no Brasil, há muito que se avançar na luta contra os preconceitos de gênero, os lugares de submissão destinados as mulheres e, principalmente, para garantir os direitos das mulheres.

O IPEA divulgou a primeira análise do desenho e das estratégias de implementação do *Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra a Mulher*, e destacou os inúmeros obstáculos e dificuldades que os estados estão enfrentando para coordenar localmente as ações do pacto.

O estudo revelou que, em alguns estados, a dificuldade de implementação está associada à inserção das gestoras no cenário local. Em alguns estados, o pacto foi administrado por gestoras com frágil inserção na máquina pública e com pouco capital político

¹⁴ Diniz, Debora. “O urro ancestral da faculdade injuriada. Universitários que encurralaram a colega de vestido curto não eram delirantes: eram agressores.” Suplemento Estadão, 2009. (<http://www.estadao.com.br/noticias/suplementos,o-urro-ancestral-da-faculdade-injuriada,459621,0.htm>)

e técnico para mobilização e articulação dos diferentes atores e para efetivação dos instrumentos necessários para financiamento da política e assinatura dos convênios. (IPEA, 2009).

A avaliação destaca que para superar as resistências para implementar ações de governo voltadas especialmente às mulheres e, adicionalmente, trabalhar no enfrentamento da violência à vítima, é necessário lidar com as “dificuldades que são inerentes às políticas para as mulheres e que se relacionam diretamente com a matriz cultural do nosso país, marcado pelo patriarcalismo e por uma construção errática da cidadania, permeada de idas e vindas e não consolidação dos direitos individuais e sociais e de sua plena garantia” (IPEA, 2009, p.756.)

Os dados da avaliação mostram que as gestoras que se responsabilizaram por articular o pacto nos estados muitas vezes esbarraram em obstáculos de diferentes naturezas: não tinham domínio das questões inerentes à máquina pública, em geral, e à legislação sobre convênios, em especial; encontravam resistência de colegas ou superiores para conseguir apresentar o pacto e planejar as ações; recebiam respostas negativas ou de desinteresse em implementar ações de combate à violência contra as mulheres, entre outras (IPEA, 2009, p.757).

Essa avaliação corrobora a leitura histórica de que “fazer funcionar” espaços de gestão voltados para as políticas de gênero no Brasil ainda é muito difícil, e que violência doméstica é questão de âmbito privado e não deve ser objeto de investimentos por parte do poder público, ou, ainda, de que se trata de problema marginal e de pouca magnitude e, portanto, não merecedor de investimentos significativos. Sendo muito presentes na cultura brasileira, estas construções sociais acabam influenciando decisões de gestores governamentais e representam permanente dificuldade a ser combatida.

Assim, na análise da gestão do cuidado, proposta pela Coordenadoria de Saúde da Mulher, ao implementar a Rede Iluminar será necessário problematizar que a ausência da categoria gênero como um referencial conceitual da política, gera lacunas que vão comprometer a efetividade das práticas em diferentes momentos. Quando a notificação do cuidado está mais atrelada às tecnologias e às materialidades que norteiam as práticas, ela obscurece a percepção das necessidades individuais das mulheres que estão em situação de

vulnerabilidade social – tais como as mulheres em situação de violência - e não gera ações propositivas voltadas para a autonomia das mulheres e transformação das relações.

A transversalidade de gênero - em termos de políticas públicas - alude a que toda e qualquer política ou programa implementado, independentemente do setor, deva considerar a problemática de gênero e incluir estratégias para a superação das desigualdades a ela relacionadas. O desafio do Programa Iluminar está em trazer a incorporação da questão da desigualdade entre homens e mulheres como um problema político e social relevante, que se reflete através das diferentes formas de violência de gênero que atravessam os serviços.

Além de incorporar ações que visam superar as diferenças de gênero e visem fortalecer a autonomia das mulheres. Os outros eixos que se articulam com gênero, como raça/etnia, classe social e geração, são estruturantes e também precisam ser incorporados às diretrizes que orientam a Rede Iluminar.

O Programa desenvolvido pela Coordenadoria de Saúde da Mulher, se lançou inovador ao construir uma metodologia de trabalho coletivo, mediada pelas materialidades que geraram novos sentidos ao enfrentamento da violência. Porém, persiste o desafio de avaliar as estratégias sobre como as relações de gênero e suas repercussões na saúde e na vida da mulher podem ser incorporadas nos princípios ético/políticos do Programa Iluminar e em todas as suas ações, para que consiga ampliar o cuidado às mulheres adultas para além do foco central de violência sexual por agressores desconhecidos, como na inclusão da violência por parceiros íntimos, como objeto de cuidado, visível e relevante.

8. REFERÊNCIAS

Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento Violência contra as mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da Região Centro-Oeste/Agende; organizado por Lourdes Bandeira, Tânia Mara Campos de Almeida e Andrea Mesquita. Brasília, 2004.

Almeida, E.S., Zioni, F., Chioro, A., “Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS” in Westphal, M.F. e Almeida, E.S., orgs., Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização/ Municipalização do SUS. São Paulo: Edusp, 2001.

Alvarez, S. Falas do Estado ou o estado das falas sobre as mulheres nas administrações democrático-populares. In: Godinho, T. (org) Políticas Públicas e Igualdade de Gênero. Coordenadoria Especial da Mulher, (Cadernos da Coordenadoria Especial de Políticas Para as Mulheres) 2004.

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG educational bulletin: adolescent victims of sexual assault. Int J Gynecol Obstet 1999; (64):195-9.

Aragaki, S.S.; Spink, M.J.P. Os lugares da psicologia na educação médica. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, Botucatu, 2009;13(28):85-98.

Arendt, R. J. J. Maneiras de pesquisar no cotidiano: contribuição da teoria do ator-rede. *Psicologia e Sociedade*, 2008; 20(7-11).

Arrazola, L. S. D. A mulher sob o signo da violência: marca invisível para um olhar androcêntrico. Recife: Ciela/Unicef, 1999.

Arretche, M. T.S. Estado federativo, políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo; Fapesp, 2003.

Ávila M.B.; Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres In: Bruschini, C.; Unbehaum, S. (org) *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC/Editora 34. 2002:121-142.

Balint M. *O Médico, seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro, Atheneu. 1988.

Bandeira, L. M. Desafios da transversalidade de gênero nas políticas públicas. In: Swain, T. N, Muniz, D. do C. G. (Orgs). *Mulheres em ação – práticas discursivas, práticas políticas*. Florianópolis: Ed. Mulheres; Belo Horizonte: PUC/MG, 2005. p. 169-193.

Bang L. Who consults for rape? *Scand J Health Care* 1993; 11:8-14.

Barsted, L. A. L. Uma vida sem violência é um direito nosso: propostas de ação contra a violência intrafamiliar no Brasil. Brasília: Comitê Interagencial de Gênero/Comitê Interagencial de Comunicação/ONU/Secretaria Nacional dos Direitos Humanos/Ministério da Justiça, 1994.

Beauvoir, S. *O segundo sexo*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

Beijing. *Quarta conferência mundial sobre a mulher: plataforma de ação*. Beijing: Nações Unidas, 04 a 15 de setembro, 1995.

Blay, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*, São Paulo, 2003;17(49): p. 87-98,

Bourdieu, P. *A Dominação Masculina*. (trad. Maria Helena Kühner) Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1998

Brandão, E.R. Nos corredores de uma Delegacia da Mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, UERJ.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168p. (Série Legislação Brasileira)

Brasil, Ministério da Saúde. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Área Técnica Saúde da Mulher,

Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1999.

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. 2001

Brasil, Ministério da Saúde. Recomendações para a terapia anti-retroviral em adulto e adolescentes infectados pelo HIV – 2002/2003. Brasília: Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral de Adultos e Adolescentes, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, Ministério da Saúde; 2003.

Brasil, Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Brasília 2006.

Brasil, Enfrentamento da violência contra mulher Balanço de ações 2006-2007. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Brasília 2007

Brasil, Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Brasília 2007

Brasil, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), do Departamento de Análise de Situação em Saúde (DASIS), da Secretaria de Vigilância em Saúde Brasília, 2008. Disponível em portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.32127

Brigagão J.I.M.; Bueno, E.C. Pedrosa, C.M. As Profissionais do sexo frente às doenças sexualmente transmissíveis. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. V Congresso Paulista de Saúde Pública*, Águas de Lindóia - SP. 1997

Brigagao, J.I.M. e Lima e Silva, R.M. Iluminar Campinas – cuidando das vítimas de violência sexual. In: *Experiências de Gestão Pública e Cidadania – Ciclo de premiação 2005* / Org: Marco Antonio

Carvalho Teixeira, Melissa G. de Godoy e Roberta Clemente. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2005.197p.

Caiden, N. Wildavisky, APlanning and Budgeting in Developing Countries. New York: John Wiley. 1980.

Camargo, J. K. R Racionalidades médicas: A medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 65).

Camargo, J. K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. Physis-Revista de Saúde Coletiva, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

Campos, G. W. S. Saúde Paidéia. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

Campos, G. W. S. Saúde Pública e Defesa da Vida. 2. ed. São Paulo: Ciência Tecnologia E Humanismo - Hucitec, 1992.

Canesqui, A. M. - Vinte cinco anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1965-1990. Caderno de palestras proferidas por ocasião da comemoração dos 25 anos do DMPS/FCM. Campinas, n.1 p. 11-21, 1990.

Carvalho, J. R. .Mortalidade Materna: A gravidez está ficando mais segura para as mulheres? Reproductive Health Matters,(Pósfacio) n3. 2008.

Carvalho, S.R.; Cunha, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos G.W.S. et al. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec,p 837-68, 2006.

Casa de Cultura Da Mulher Negra. Violência contra a mulher: um novo olhar. São Paulo, 2001. Centro de Valorização Da Mulher-Cevam/GO.

Cavallari, D. A., Manual Prático de Direito Constitucional, São Paulo Ed. Iglu, 1998, p. 92

Ceccim, R.; Feuerwerker, L. “Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, 2004.

Ceccim, R. Burg; Merhy, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, p. 531-542, 2009.

Cecilio, L. C. O. Inventando a mudança em uma região de saúde: reconstituição e análise da experiência do DRS-5. In: Luiz Carlos de Oliveira Cecilio. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 89-116, 1994.

Cecilio, L. C. O. . O desafio de qualificar a assistência nos hospitais públicos. In: Merhy, E. & Onocko, R.. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997: 293-319,.

Cecilio, L. C. O. Construindo novas relações com os médicos: o delicado exercício da negociação. In: Maria Aparecida Pimenta Linhares. (Org.). *Saúde e humanização: a experiência de Chapecó..* São Paulo: Hucitec, 2000: 95-114,

Cecilio, L. C. O. ;Merhy, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar . In: Roseni Pinheiro; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003:197-210,

Cecilio, L. C. O. ; Mendes, Taniella C. Propostas alternativas de gestão e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? . *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 2004: 13 (2):39-55,.

Cecilio, L. C. O. O trabalhador moral em saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 2007 (v. 11): 345-363,

Cecílio, L.C.O. *A morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 2008, (13): p.545-555.

Centers for Disease Control and Prevention. Perceptions of child sexual abuse as a public health problem. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46:801-3.

Centro Feminista de Estudos e Assessoria-CFEMEA. Jornal Fêmea, Brasília, Ano VI, n.62, mar.1998. Cidadania, jul.1999. (Resumo Executivo)

Carvalho, CF. A guarda municipal e a Constituição Federal Análise e interpretação do art. 144, § 8º, em relação a atuação das Guardas Municipais, e o seu efetivo Poder de Polícia. Disponível em <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3809/A-guarda-municipal-e-a-Constituicao-Federal>

Comissão Nacional de População e Desenvolvimento-CNPd. Cairo+5: o caso brasileiro. Brasília: CNPD/Ministério do Orçamento e Planejamento, 1999.

Costa A.A, O feminismo brasileiro em tempos de Ditadura militar. Labrys, estudos feministas. Janeiro/dezembro 2009

Costa, A. M.; Moura, M. A. V. Aborto legal: o desafio de se cumprir a lei. Brasília: Nesp/Ceam/UnB, 1999.

Costa, A. M. (Org.); HAMANN, E. M. (Org.) ; TAJER, D. (Org.) . Saúde, Equidade e Gênero. Brasília: Editora Universidade de Brasília/Abrasco, 2000

Costa, A. M. . Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde. Saúde e sociedade, Sao Paulo, v. 13, n. 3, p. 05-15, 2004.

Costa, A. M. ; Lionco, T. . Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? Saúde e sociedade, v. 15, p. 34-46, 2006

Costa, A. M. ; Bahia,L ; Conte,D . A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Saúde em Debate, v. 31, p. 13-24, 2007.

Croxatto H. Basic notions about the generation of a new human being the emergency contraception pill. Reprod Clim 2001; 16 Suppl 1:28-9.

D'Oliveira, A.F.P.L. Gênero e Violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher. 1996. [Dissertação] (Mestrado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo. 1996.

D'Oliveira, A.F.L.P., Schraiber, L.B. Violence against women: a physician's concern? In: FIGO, XV World Congress of Gynecology and Obstetrics, 1998, Londres.Proceedings.Londres, 1998, p. 157-63.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LR. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. *Jornal da Rede Saúde* 1999; 19:3-4.

D'Oliveira, A. F. P. L.; Schraiber, L. B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin, K.; Costa, S. (orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999

D'Oliveira, A. F.P.L. Violência de Gênero, Necessidade de Saúde e Usos de Serviços em Atenção Primária. 2000. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo. 2000.

D'Oliveira AFPL;Diniz CSG; Schraiber LB . Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, Estados Unidos, v. 359, p. 1681-1685, 2002.

D'Oliveira AFPL ; Schraiber LB ; Hanada H ; Durand JG . Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1037-1050, 2009

Deleuze, G.; Guattari, F. Introdução: Rizoma. In: *Mil platôs - Capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. In FREIRE, L. L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. *Comum* (Rio de Janeiro), v. 11, p. 46-65, 2006

Deslandes, S.F.; Gomes, R.; Silva, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Publica*, v.16, n.1, p.129-37, 2000

Di Giovanni, G. As Estruturas Elementares das Políticas Públicas. *Caderno De Pesquisa Nº 82*. Núcleo de Estudos De Políticas Públicas – NEPP. Universidade Estadual De Campinas – Unicamp. 2009.

Diegoli C, Diegoli M. A violência social e o abuso sexual contra a mulher. *Jornal da Febrasgo*. 4:6-7. 1999

Diniz, S. G.. Silveira, L. P., Mirim, L. A. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

Domenach, J.M. La violencia. In: *La violencia y sus causas*. Paris: UNESCO, 1981.

Dosse, F. O Império do sentido: a humanização das Ciências Humanas. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2003.

Draibe, S. As políticas sociais e o neoliberalismo . *Revista USP*,17. 1993 pagina 86-101. Dossiê Liberalismo Neoliberalismo.

Drezzett JF. Estudos de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [Tese de Doutorado]. São Paulo: Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.

Ellsberg, M. et al. Confites en el infierno — prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Managua, Leon: Red Nacional de mujeres contra la violencia, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica, UNAN, Departamento de Epidemiologia y Salud Publica, Umea University, 1998.

Farah, M.F.S. Gênero e políticas públicas. Iniciativas de governos subnacionais no Brasil. São Paulo: NPP/FGV-EAESP, 2000 (Relatório de pesquisa n. 10/2000).

Farah, M.F.S. Gênero e políticas públicas no nível subnacional de governo. *Anais do XXVI Encontro Anual da ANPOCS*, 22 a 26 de outubro de 2002

Faúndes A, Duarte GA, Osís MJD, Bento SF. Normas e procedimentos jurídico-legais para a obtenção do aborto legal nos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1997; 19:171-6

Faúndes A, Andalaf Neto J, Freitas F. III Fórum interprofissional para implementação sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. *Femina* 1999; 27:317-21.

Faúndes A, Hardy E, Osis MJD, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22:153-7.

Ferreira, A. A. L. Cruzando as redes: o empirismo radical e a teoria do ator-rede enquanto monismos pluralistas. In: *Série Documenta*, nº 12-13, Ano VIII, EICOS/UFRJ, 2002.

Feuerwerker, L.C.M. Mudança na educação médica: os casos de Londrina e Marília. São Paulo:Hucitec, 2002.

Feurweker, L. M. ; Cecilio, L. C. O. . O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 965-971, 2007.

Figueiredo, M.D. Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS - Campinas (SP). Dissertação de Mestrado. Campinas, 2005.

Tirado, F.; Doménech, M. Asociaciones heterogéneas y actantes: el giro postsocial de la Teoría Del Actor-Red Publicado en AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, Ed. Electrónica Núm. Especial. Noviembre-Diciembre 2005.

Freire, L. L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. *Comum* (Rio de Janeiro), v. 11, p. 46-65, 2006

Gergen, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, v. 40, n.3, p.266-275, 1985

Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v10, p.146-155, 1994

Glaser J, Schachter J, Bene S. Sexually transmitted diseases in post pubertal female rape victims. *J Infect Dis* 1991; 164:726-30.

Godinho, T. Construir a igualdade combatendo a discriminação. In: Godinho, T.(org). Políticas Publicas e Igualdade de Gênero. Coordenadoria Especial da Mulher, (Cadernos da Coordenadoria Especial de Políticas Para as Mulheres) 2004.

Goetz, A. M. National women's machineries: structures and spaces. In Rai, Shirin M. (Org) Mainstreaming gender, democratizing the State? Institutional mechanisms for the advancement of women. New York: Manchester University Press, 2003)

Golding JM, Wilsnack SC, Learman LE. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. Am J Obstet Gynecol 1998; 179:1013-9.

Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJ, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. Gênero e saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1996. p. 134- 49.

Grossi, M. O significado da violência nas relações de gênero no Brasil. Sexualid., Gênero e Saúde. v.2, n.4, 1995.

Grossi, M. P. . A dor da Tese. Ilha. Revista de Antropologia (Florianópolis), Florianópolis, v. 6, n. 1 e 2, p. 217-230, 2004

Grossi, M.P. Novas/Velhas Violências contra a Mulher no Brasil. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, pp.473-483, 1994

Guia Prático de Serviços. Município de São Paulo. Mulheres em situação de violência. 1999. 2.ed., Faculdade de Medicina da USP, Depto. de Medicina Preventiva; CSE Samuel B. Pessoa e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Apoio Fundação FORD, São Paulo. (1.ed., 1996).

Habermas, J. O conceito de poder de Hannah Arendt. In: Freitag, B.; Rouanet, S. P. (Orgs). Habermas. São Paulo: Ática, 1980. p.100-18. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, v.15)

Harding, Jennifer. "Bodies at Risk." In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin (Eds.). *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, 1997.

Heise, L. et al. Violence against women. The hidden health burden. Washington: The international Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, 1994.

Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:336-42.

Ibañez, T La Psicología Social como Dispositivo Desconstruccionista. In *Psicología Social Construccionalista*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 217-243. 1994

Iñiguez, L.; ANTAKI, C. El analisis del discurso em Psicologia Social. *Bol. Psicol.*, v.44, p.55-75, 1994.

Íñiguez, L. Construcionismo Social e Psicologia Social. In MARTINS, J. B. (org) Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social. São Carlos/Curitiba: RiMa/Fundação Araucária, 2002

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasil em Desenvolvimento: Estado, Planejamento e políticas públicas. Brasil, IPEA, 2009

Kauppinen, K. Workplace violence against women: examples from the European Union and Russia. Finland, 1998.

Kiss LB ; Schraiber LB; D'Oliveira AFPL . Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v. 11, p. 485-501, 2007.

L'abbate S. O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1990.

Latour, B. Give me a laboratory and I'll arise the world. In: MULKAY, M.;KNORR, K. (Ed.). *Science Observed Sage*, 1983.

Latour B. Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

Latour, B. O futuro da Terra é decidido no concílio híbrido de Kyoto. Folha de São Paulo, São Paulo, Caderno Mais!, 7 dez. 1997^a

Latour, B.; Woolgar, S. A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1997.

Latour, B. A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru: EDUSC, 2001.

Latour, B. Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches. Tradução de Sandra Moreira. Bauru: EDUSC. 2002.

Law, J. Notes on the Theory of Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity. In: Systems Practice, vol.5, n. 4. 1992.

Leal, M. F.; César, M. A. Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Brasília: Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes-Cecria, 1998.

Leal, M. L. P. Exploração sexual e comercial de meninos, meninas e de adolescentes na América Latina e Caribe. Brasília: Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes-Cecria, 1999. (Relatório Final-Brasil)

Lindblom, C. E. Still Muddling, Not Yet Through. Public Administration Review 39:517-526. 1979.

Lins, A. M. ; Cecilio, L. C. O. . Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 11, p. 503-514, 2007.

Lucchese, P. Introdução as políticas publicas in <http://itd.bvs.br>

Mattos, R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: ENSP, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

McFarlane, J. et al. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. JAMA, v.267, n.23, p.3176-8, 1992.

McGregor MJ, Mont J, Myhr TJ. Sexual assault forensic medical examination: is evidence relates to successful prosecution? Ann Emerg Med 2002; 39:639-47.

Menicucci, T. M. G., A Implementação da Política de Saúde: inovação e continuidade, XXVIII Encontro Anual da ANPOCS (Caxambú, 2004).

Mellin AS. As transformações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do centro de saúde Integração. [tese]. São Paulo: FSP/USP; 1998.

Merhy, E. E. Saúde Pública como política. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1992

Merhy, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E.; Onocko, R. (orgs.). Agir em Saúde. Um Desafio para o Público. São Paulo : Hucitec, 1997. p. 71-113.

Merhy, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002

Merhy, E.E. (Org.) ; Magalhães J. H. M.(Org.) ; RÍMOLI, J (Org.) ; Franco, T. B. (Org.) ; Bueno, W.S (Org.) . O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

Merhy, E. E.; Campos, Gastão Wagner de Sousa; Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a mudança na saúde. 3 ed. São P)aulo: HUCITEC, 2006.

Minayo, M. C. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, v.10, supl.1, p.07-18, 1994.

Moraes, M. O. Alianças para uma psicologia em ação: sobre a noção de rede. Disponível em: www.necso.ufrj.Brasil/Ato2003/MarciaMoraes.htm, 2003.

Moraes, M. O.A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, mai/ago, vol. 11, nº 2, 2004.

Moreno, C. C. “Vivir con el enemigo”. Control Ciudadano, Uruguai, Control Ciudadano (Social Watch) e Instituto del Tercer Mundo, n.3, 1999.

Muller Neto J.S., “Políticas de Saúde no Brasil: A Descentralização e seus Atores”, Revista Saúde em Debate, 31 (1991).

Nascimento, E. P. L. ; Correa, C. R. S. ; Nozawa, MR . O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde.. Revista de Ciências Médicas (PUCCAMP), v. 16, p. 161-173, 2007.

Núcleo de Estudos de Saúde Pública-NESP DA Universidade de Brasília (coord.)/SOS corpo. Pesquisa de avaliação da implementação do programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) nos municípios: estudo de caso do Município do Recife. Recife: SOS Corpo, 2001.

Nunes, et. al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, V.18, n.6, nov-dez. 2002.

OEA. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: Convenção de Belém do Pará. São Paulo, CLADEM/IPÊ, 1996.

Oliveira E. Menicucci de ; Francischinelli, J. D. ; Gonçalves, L. H. . Violência contra a mulher e aborto legal. In: Maria isabel Baltar da Rocha , Regina Maria Barbosa. (Org.). Aborto no Brasil e países do Cone Sul. Campinas: Editora da UNICAMP, 2009, v. 0, p. 156-165.

Oliveira, E. M. . As discriminações de gênero e as diversas formas de violência. In: Moraes,Q. M.L.; Naves,Rubens. (Org.). Advocacia pro bono em defesa da mulher vítima de violência. Campinas: UNICAMP;ABEU, 2002, v. 1, p. 43-49.

Oliveira, E. M. ; Vilela, W. . O campo da saúde coletiva à luz das relações de gênero:um diálogo difícil e conflituoso. In: Swain, N.T; Muniz.G.Diva. (Org.). Mulheres em Ação : Práticas discursivas, práticas políticas. Florianópolis: EditoraPUCMINAS e Editora das Mulheres, 2005, v. , p. 101-120.

Oliveira, E.M.; Vilella, W. Gênero, saúde da mulher e integralidade:confluências e desencontros. In: Pinheiro R.; Mattos A. R (Org.). Razões públicas para oa integralidade em saúde: o cuidado como

valor. Rio de Janeiro: /Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva / ABRASCO, 2007, v. , p. 317-334.

Oliveira, E. M. *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.39, n.5, p.816-823, 2005.

Oliveira, G. C. Observatório da Cidadania, Rio de Janeiro, Ibase, n.2, 1998.

Organização das Nações Unidas - ONU IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Beijing, China, 1995. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

Organização das Nações Unidas-ONU /BRASIL. Ministério da Justiça. Uma vida sem violência é um direito nosso: propostas de ação contra a violência intrafamiliar no Brasil. Brasília: Comitê Interagencial de Gênero/Comitê Organização das Nações Unidas-ONU Relatório Human Rights. Brasília,1999.

Organizacion Panamericana de la Salud. *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*. Washington (DC): Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano; 1998.

Pedrosa, C. M. Mulheres em Situação de Violência: o discurso dos profissionais de saúde. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC.SP. 2003.

Pedrosa, C. M. A construção de uma ferramenta social para promoção da saúde e dos direitos das mulheres. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 19, p. 123-129, 2009.

Peipert JF, Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. Obstet Gynecol 1999; 84:867-71.

Pinheiro, R.; Mattos R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro:UERJ-IMS/ABRASCO, 2001.

Portella Filho, Petrônio. O Ajustamento na América Latina: crítica ao modelo de Washington. Lua Nova, n.32, 1994. p124-131.

Puccini, P.T.; Cecilio, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

Queiroz MS. O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas. Rev Cadernos de Saúde Pública. 1994; 22(4): 27-37.

Queiroz e Melo M. F. A. Seguindo as pipas com a metodologia da T.A.R. Revista do Departamento de Psicologia (UFF), v. 19, p. 169-186, 2007.

Queiroz E Melo, M. F. A. . Mas de onde vem o Latour?. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 2, p. 258-268, 2008.

Red de Salud de Las Mujeres Latinoamericanas y Del Caribe. Los consensos de El Cairo: monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Proceso Cairo + 5 (1998-1999). Chile, 1998.

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y Del Caribe. Campaña “Violencia contra las mujeres, un problema de todas y todos”. 25 de Noviembre Día Internacional de la no Violencia contra las Mujeres. Chile, 1999.

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Por el derecho a vivir sin violencia. Acciones y propuestas desde las mujeres. Cuaderno Mujer Salud, v.1, 1996.

Red Entre Mujeres. Las mujeres y los derechos humanos en América Latina. Lima, 1993.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNF) A saúde da mulher na conjuntura brasileira. Recife, 1997.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNF). Cairo- Brasil: 5 anos de experiências relevantes em saúde, direitos reprodutivos e sexuais. São Paulo, 1999.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNF); Regional Pernambuco, Dossiê Violência contra a Mulher - Um problema que afeta toda a sociedade 2001.

Relatório sobre Desenvolvimento Humano no Brasil, de 1996 Rio de Janeiro: IPEA, Brasília, DF: PNUD1996

Rodrigues, Marta M. A. e Zauli, Eduardo M., “De José Sarney a Fernando Henrique Cardoso: Relação Executivo-Legislativo e Política de Saúde no Brasil”, Planejamento e Políticas Públicas. PPP, n. 25 (Brasília: IPEA, jun./dez. 2002).

Rodríguez, J. C. R.; Becerra, P. N. V. Una espada de doble filo: la salud reproductiva y la violencia doméstica contra la mujer. In: Bilac, E. D.; Rocha, M. I. B. (orgs.). Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. Campinas: Prolap, Abep, Nepo/Unicamp, São Paulo: Ed. 34, 1998.

Rua, M.das G. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. Washington, INDES/BID.1997.

Rua, M. G. Novas Questões ou Antigas Preocupações? A Burocracia na Sociedade Democrática no Final do Século XX. In: Trindade, A.A.C; Castro M. F.de. (Org.). A Sociedade Democrática no Final do Século. Brasília: Paralelo 15, v. , p. 155-1761997.

Rua, M. G. Análise de Política Públicas: Conceitos Básicos. In: Rua, M. G. (Org.). O Estudo da Política: Tópicos Seleccionados. Brasília: Paralelo 15, 1998,

Rufino, A. Violência contra a mulher: um novo olhar. São Paulo: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2001.

Saffioti, H.I.B., Almeida, S.S. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

Santos J.L., Westphal, M.F., “Práticas Emergentes de um Novo Paradigma de Saúde: O Papel da Universidade”, Estudos Avançados, 35 (13) (1999). (Dossiê Saúde Pública).

Santos, B.S. Pela mão de Alice: o social e o político na pós- modernidade. Porto: Afrontamento, 1994.

Santos, B.S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

Sarti, Synthia. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. Cadernos Pagu. Campinas. 2001, nº 16: 554-63.

Schraiber, L.B. O médico e seu trabalho. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

Schraiber L.B.; D'Oliveira AF.P.L.; Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*, Botucatu,v.3, p.11-26, 1999

Schraiber LB ;D'Oliveira AFPL ; França-Junior I ; Strake SCS ; Oliveira EA . A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo - SP, v. 9, n. 1-2, p. 3-15, 2000.

Schraiber LB ; Nemes MIB ; Mendes-Gonçalves RB . Saúde do Adulto - Programas e Ações Na Unidade Básica. 2. ed. São Paulo - SP: Hucitec, 2000. v. 1. 323 p.

Schraiber, L.B. Violência contra mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*, São Paulo, v.51, p.104-13, 2001

Schraiber LB ;D'Oliveira AFPL . Violence against women and a Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, Londres - Inglaterra, v. 78, n. suppl 1, p. 21-25, 2002

Schraiber, L.B.; D'Oliveira, A.F.P.L.; França-Junior, I.; Pinho, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.36, n.4, pp. 470-477, 2002.

Schraiber, L. B., D'Oliveira, A.F.P. L., Falcão, M.T. C., Figueiredo, W.S. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. Unesp. 2005

Schraiber LB ; d'Oliveira AFPL . Violência contra mulheres e promoção dos direitos humanos: a contribuição do campo da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 58, p. 1-10, 2008

Schraiber LB ; D'Oliveira AFPL ; França-Junior I . Violência sexual no Brasil urbano em 2005. Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health, v. 42, p. 127-137, 2008

Schraiber LB . O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 1. ed. São Paulo - SP: Hucitec, 2008

Schraiber, L.B. e d'Oliveira, Ana F.P.L. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. Athenea Digital, 14, 229-236, 2008.

Schraiber LB; D'Oliveira AFPL; Portella AP ; Oiveira EM . Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1019-1027, 2009.

Scott, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Educ. e Realid. v.20, n.2, 1995.

Slaughter L, Brown C, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. Am J Obstet Gynecol 1997; 176:609-16.

Souza-Lobo E. A Classe Operária tem dois Sexos: trabalho, dominação e resistência. São Paulo: Brasiliense (1991)

Souza, Celina. “Políticas Públicas e orçamento público: conflito e cooperação”. In: Reforma Política e Cidadania/ Maria Victória Benevides, Fábio Kerche, Paulo Vanucchi (organizadores). São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2003(a)

Souza, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8,n 16, jul/dez2006, p.20-45.

Souza-Lobo, Elisabeth. A classe operaria tem dois sexos: trabalho, dmoniacao e resistência. São Paulo. Brasiliense,1991.

Spink, M. (org) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, Editora Cortez,1999

Spink, M. & Menegon, V. A Pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In Spink, M. (org) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, Editora Cortez, 1999

Spink, M. J. P. Psicologia social e saúde: prática, saberes e sentidos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Spink, M. J. P. Subvertendo algumas dicotomias instituídas pelo hábito. In: XII Encontro Nacional da ABRAPSO, 2003, Porto Alegre. Athenea Digital, Revista de Pensamiento y Investigación Social. Barcelona, Espanha : Universidade Autònoma de Barcelona, v. 4. p. 1-15, 2003

Spink, M. J. P, Cordeiro P. M. . Psicologia Social: a diversidade como expressão da complexidade. In: Maurício Rodrigues de Souza; Flávia Cristina Silveira Lemos. (Org.). Psicologia e Compromisso Social: Unidade na Diversidade. 1 ed. São Paulo: Escuta, v. 1, p. 219-234, 2009

Spink, Peter. K. . Análise de Documentos de Domínio Público. In: Spink, M. J. P.. (Org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. São Paulo: Editora Cortez, 1999.

Spink, Peter. K. . Estratégias Locais de Combate à Pobreza: Construindo a Cidadania. In: Peter Kevin Spink; Ilka Camarotti. (Org.). Programa Gestão Pública e Cidadania, 2000

Sposati, A. Política de Assistência Social: uma estratégia de inclusão social. Assistência Social: como construir e implementar uma gestão inclusiva, 2003.

Smeke ELM. Saúde e democracia: experiência de gestão popular. [tese]. Campinas, Universidade Estadual de Campinas; 1989.

Stark, E., Flitcraft, A. Spouse abuse. In: Rosenberg, M. L.; Fenley, M.A. (Ed.2). *Violence in America: A Public Health approach*. New York: Oxford University Press, p.123-57, 1991.

Stark, E., Flitcraft, A. Women at risk-domestic violence and women's health. London: Sage, 1996.

Suares e Bandeira. In:Bruschini, C.; Unbehaum, S.(org) *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC/Editora 34, 2002.

Suárez, M. Gestão local e desigualdades de gênero. Brasília: Agende, 2002

Sugg, N. K., Inui, T. Primary care physicians' response to domestic violence. JAMA, v.267, n.23, p.3157-60, 1992.

Taquette, S. (org.) Mulher adolescente/jovem em situação de violência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

Tsallis, A. C.; Ferreira, A. A. L.; Moraes, M. O.; Arendt, R. J. J. O que nós psicólogos podemos aprender com a Teoria ator-rede? Interações (Universidade São Marcos), v. XI, p. 57-86, 2006.

Verardo, T. Violência. In: D'Oliveira, A.F.L.; Luiz, O.C.; Sorrentino, S. (Orgs). Coletânea de textos para o Curso de Capacitação para Atendimento a Mulheres em Situação de Violência. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 1995.

Vianna LAC, Oliveira EM. Violência conjugal na gravidez. Jornal da Febrasgo 1998; 8:6-7.

Villela, W. V.; Araújo, M. J. O. Making legal abortion available in Brazil:partnerships in practice. Reproductive Health Matters, London, v.8, n.16, p.77-82,nov.2000.

Wildavisky, A. The Policy of Budgetary Process. Boston:little and Brown, 2 edição. 1982.

Winner, L Do artifacts have politics? Daedalus, 1980, (109): 121-36.

Anexos