

## O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social

The Enlighten Campinas Program: the construction of an intersectoral and interinstitutional policy to confront violence as a social problem

Claudia Mara Pedrosa<sup>1</sup>

Carmen Simone Grilo Diniz<sup>2</sup>

Verônica Gomes Alencar de Lima e Moura<sup>3</sup>

**Abstract** *Including the issue of violence in the health promotion agenda requires restructuring health services to incorporate violence into the front lines of care and consolidate individual and collective measures from an intersectoral, multidisciplinary and integrated standpoint, within networks that reorganize practices and embrace this issue as a key determinant of health. The aim of this article is to share the experience of implementing the Enlighten Campinas Program – a local endeavor to promote health in a large city – which amalgamated the health sector into a wide intersectoral and interinstitutional network to provide care to victims of violence. The theoretical approaches used were Social Constructionism and the Actor-Network Theory (ANT) and the methodology involved analyzing documents, a field diary, interviews and observations of Enlighten Program events.*

**Key words** *Health promotion, Public health, Violence, Integrality in health, Health policies*

**Resumo** *A inclusão da temática violência na agenda da promoção da saúde demanda a reorientação nas linhas de cuidado do sistema de serviços e a consolidação de ações voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho intersetorial, multidisciplinar, integrado e em redes que contemple a reorganização das práticas para acolher esta questão como um determinante de saúde. O objetivo deste artigo é compartilhar a experiência da implementação do Programa Iluminar Campinas – uma política local de promoção da saúde de um município de grande porte – que articulou o setor saúde em uma ampla rede intersetorial e interinstitucional para ofertar cuidados às pessoas que sofreram violência. As perspectivas teóricas do estudo foram o Construcionismo Social e a Teoria Ator Rede (TAR) e a metodologia envolveu a análise de documentos, entrevistas e observações de eventos do Programa Iluminar.*

**Palavras-chave** *Promoção da saúde, Saúde pública, Violência, Integralidade em saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. pedrosaclaudia@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

<sup>3</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas SP Brasil.

## Introdução

### Violência e os desafios para a promoção da saúde

O Ministério da Saúde, com a publicação da portaria que instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências enfatizou o reconhecimento da violência como um dos principais problemas de saúde pública e de cidadania. Porém, inúmeros estudos relatam os entraves, na área de saúde, para a organização e a oferta de atendimento humanizado, acolhedor e efetivo às pessoas que estão em situação de violência. Os fatores apontados englobam o déficit na formação profissional e as dificuldades de desenvolvimento, nos serviços, de medidas que sejam relevantes e singulares a determinados grupos da população e a contextos culturais específicos entre outros aspectos<sup>1-5</sup>. Somadas a estas dificuldades, a violência tem sido presente e marcante no cotidiano dos serviços, trazendo impactos à saúde dos usuários, à rotina e qualidade de vida dos profissionais e aos investimentos no Sistema Único de Saúde.

Apesar do grande esforço teórico metodológico e político, nas décadas de 60 e 70 do século passado, para se compreender a saúde como questão ampliada, especialmente por causa da complexa transição epidemiológica, a autora Maria Cecília Minayo<sup>6</sup> ressalta que nunca um tema provocou e continua a provocar tantas resistências em relação à sua inclusão nas pautas do setor saúde como a violência e acidentes. A violência, segundo a autora, se transformou em um problema de saúde pública, porque afeta a saúde individual e coletiva, exige a formulação de políticas públicas específicas, assim como a organização de práticas e de serviços peculiares ao setor para sua prevenção e enfrentamento.

O presente artigo apresentará a experiência de construção de uma política municipal de promoção da saúde, O Programa Iluminar Campinas, no interior de São Paulo, que envolveu e articulou uma ampla rede de equipamentos e serviços intersetoriais para o enfrentamento da violência, considerando-a como um dos determinantes e condicionantes da saúde.

### Referencial Teórico metodológico

Para compreender como foi estruturado o Programa Iluminar Campinas foram realizadas 15 entrevistas com gestores, profissionais e atores da rede de cuidados, contemplando o

pertencimento na intersetorialidade na seleção. Além das entrevistas foram também analisados documentos públicos e da gestão municipal de saúde do período de 2001 a 2015. O estudo foi submetido aos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria de Saúde de Campinas que aprovaram o termo de consentimento informado livre e esclarecido utilizado. A pergunta norteadora da entrevista aberta foi o processo de construção do Programa Iluminar Campinas e suas dificuldades, potencialidades e desafios.

Para análise dos documentos foram realizadas buscas no banco de dados virtual da prefeitura municipal de Campinas. Os documentos apresentavam informações técnicas aos profissionais, orientações à comunidade, notícias e informes sobre o Programa Iluminar e textos e citações utilizadas nos encontros de formação dos atores. Estes documentos foram disponibilizados com acesso livre a usuários da internet e alguns também foram impressos e divulgados em serviços e eventos com a comunidade e profissionais de diversos setores. Os documentos foram analisados com o objetivo de conhecer o discurso oficial sobre o processo de implantação da rede de cuidados à violência em Campinas<sup>7</sup>.

Para análise das entrevistas foi realizada inicialmente a transcrição sequencial<sup>8</sup> que tem o objetivo de apresentar uma síntese da fala de cada interlocutor e “permite entender a dinâmica das trocas discursivas (quem fala, quando fala, sobre o quê) e, sobretudo, ter uma visão de conjunto das temáticas em discussão” conforme nos apresentam Spink e Cordeiro<sup>8</sup>. A transcrição sequencial possibilita a visão do todo e nos ajuda na eleição de algumas temáticas para análise mais detalhada, porém é importante ressaltar que, o contexto da fala é situado, pois na pesquisa com práticas discursivas é importante se referir ao todo<sup>8</sup>.

Na análise utilizamos a interlocução teórica com Bruno Latour<sup>9</sup> a partir de sua noção de rede. Esse autor questiona o conceito de rede trazido pela ciência moderna e enfatiza que este olha 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, os estudos de Sherrer-Warren<sup>10</sup> destacam que ao pensar em rede 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”. Nossas interações com outras pessoas são *media-*

das através de objetos, que carregam sentidos e, portanto, produzem ações, assim o desenvolvimento das tecnologias criou novas relações entre as máquinas e humanos, redimensionando a variação entre global e local<sup>10</sup>. Portanto, há uma tendência de transformar fenômenos amplos em totalidades sistemáticas e globais perdendo a heterogeneidade e a particularidade. Neste sentido, o autor Bruno Latour nos instiga a pôr 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<sup>9</sup>*

## Resultados

### A estruturação da rede de cuidados à violência

A estruturação do atendimento às pessoas em situação de violência nos serviços de saúde, em Campinas, até o ano de 2001, não contava com protocolo específico, nem tampouco com a identificação dos recursos locais para referenciamento. O número de pessoas que chegava até os serviços, comparado aos dados já publicados de estudos nesta área, estava subestimado e preocupava as coordenações de saúde, principalmente na área de saúde da mulher, que identificava e cuidava das vítimas de violência sexual com importantes sequelas para a saúde, como a ocorrência de gravidezes pós-estupro e as doenças sexualmente transmissíveis e aids.

Assim, a Coordenação Municipal da área de Saúde da Mulher, em abril de 2001, considerando a necessidade da abordagem intersetorial, a participação da sociedade e o compartilhamento de responsabilidades na formulação da política municipal para promoção da saúde, convocou um seminário local com os gestores de diversos órgãos governamentais municipais e estaduais, nas áreas de saúde, educação, segurança pública e organizações da sociedade civil envolvidos no enfrentamento da violência na cidade de Campinas. Neste momento foi focado inicialmente o cuidado à violência sexual, dada a urgência de or-

ganizar ações para minimizar os riscos de contaminação e a gravidade dos impactos na saúde das vítimas. O encontro buscou identificar os serviços existentes e avaliar os principais obstáculos e potencialidades de cada serviço. Após o evento foi elaborada uma carta de intenções programáticas para a criação da Rede Iluminar, entregue à gestão municipal.

Em meados de maio de 2001, com o recebimento de uma verba federal de cem mil reais do Programa de Prevenção às DST/AIDS do Ministério da Saúde, foi dado início formal à articulação da rede para a organização do fluxo de atendimento inicialmente focando a violência sexual. Constituiu-se assim, o itinerário oficial dentro da rede de cuidados às pessoas que haviam sofrido violência sexual. Este fluxo reorientava o sistema de serviços de saúde, interligava os serviços e setores, facilitando o acolhimento, o atendimento e o encaminhamento dos casos.

A noção de integralidade orientou as ações de cuidados e frente à constatação da necessidade de formação profissional para efetivar o cuidado, a coordenação organizou, em parceria com o movimento social de mulheres local, encontros de sensibilização e formação para profissionais dos diferentes setores, durante os 18 meses seguintes do início da implementação. Na compreensão dos atores que estavam à frente da estruturação do Programa Iluminar, para que a rede se consolidasse e gerasse modificações substanciais nas ações em todas as áreas envolvidas, era necessário construir princípios norteadores e conceitos definidos, como relata o médico do Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher CAISM da UNICAMP:

*Os conceitos que norteavam a estruturação (da rede) eram: a violência sexual é um problema de saúde pública e não de polícia; a realização da prevenção eficaz se faz com a urgência no atendimento de até 72hs; promover a proteção e impedir a revitimização das pessoas nos serviços; cuidar das mulheres, crianças, adolescentes e homens; intervir na cadeia de violência sexual; criar banco de dados e cuidar dos autores de violência em ambiente não policial.*

Estes e outros princípios convergentes com a gestão sanitária do município, nortearam as capacitações onde 800 profissionais de diferentes serviços participavam e assumiam o compromisso de replicar o conteúdo aos colegas, em suas unidades. Os conceitos fundamentais utilizados nas capacitações foram: de *cuidado*, resiliência, e solidariedade operante.

### **A organização do fluxo-itinerário**

A organização do fluxo de atendimento demandou a divisão da rede intersetorial de cuidados em duas áreas. A *rede de cuidados indiretos*: formada pelas creches, escolas municipais de educação infantil, serviços municipais de Assistência Social, Guarda Municipal, Conselhos de Direitos da Criança e Adolescentes, da Mulher, do Idoso, do Deficiente e os Conselhos Tutelares, organizações não governamentais - como o SOS/Ação Mulher e Família - que já trabalhavam com ações voltadas às 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, Universidade Paulistana UNIP e Abrigo de Mulheres.

A *rede de cuidados diretos* foi composta pelos Centros de Saúde, Prontos-socorros Municipais, Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher CAISM da Unicamp; Pronto-Socorro Infantil da Hospital das Clínicas da Unicamp; CRAISA-Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente; CRAMI-Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância; Serviço de Atendimento Municipal de Urgência (SAMU), Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), Centro de Referência de DST/AIDS e Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS).

As responsabilidades da rede de cuidados indiretos foram definidas como amplas, pois englobava desde o acolhimento das pessoas que sofreram violência; a realização dos cuidados específicos e o acionamento da guarda municipal para que esta conduzisse as pessoas até o Pronto Socorro definido pelos fluxos de funcionamento da rede. A rede indireta também participa da notificação dos casos e quando a ocorrência envolver crianças e adolescentes também é acionado o Conselho Tutelar. Após o percurso nesta rede, o fluxo é direcionado à rede de cuidados diretos.

Nesta rede, de cuidados diretos, acontecem os cuidados de urgência, como os atendimentos específicos da saúde com equipes multiprofissionais - médicos, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogos, os quais são norteados pela Norma Técnica do Ministério da Saúde “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”<sup>11</sup>. Nesta etapa realizam a prevenção à gravidez por estupro; as DSTs e hepatite; realiza-se as sorologias necessárias; a coleta de sêmen; orientação à vítima para realização do Boletim de Ocorrência e exame de corpo de delito. O encaminhamento

para o Centro de Referência de DST/AIDS para seguimento da medicação antirretroviral e vacinação contra hepatite também é realizado nesta instância e novamente é encaminhado aos Serviços da Rede Indireta para cuidar das questões sociais e jurídicas. A presença da Guarda Municipal neste fluxo, como veremos mais a frente, aumenta a rapidez do atendimento, possibilita segurança e proteção às pessoas que passaram por violência, principalmente a sexual, pois no percurso da rede ao serem acionadas as viaturas da Guarda Municipal conduzidas por profissionais que também foram capacitados, transportam as pessoas aos serviços estabelecidos e também até a sua residência, após os atendimentos.

Há serviços mais específicos, como o Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher (CAISM), responsável, no caso da violência sexual, pelo atendimento de urgência onde acompanha o tratamento por quatro semanas e depois por seis meses até se avaliar as viragens sorológicas. O atendimento é feito por uma equipe de médicos da área de ginecologia e psiquiatria, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais. Este serviço integra a formação profissional, na Universidade de Campinas, nos currículos das residências de Ginecologia e Obstetrícia e Saúde da Família. O CAISM realiza também o aborto legal garantido pelo código penal às mulheres que engravidaram em decorrência do estupro, seguindo todas as orientações do Ministério da Saúde<sup>12</sup>.

### **A formulação do sistema de notificação local da violência**

No momento da formação da rede de cuidados à violência, em 2001, surgiu a necessidade de se criar uma ferramenta local que realizasse a notificação dos casos, acionasse a rede de atendimento, interagisse com o Conselho Tutelar e também organizasse um banco de dados. Iniciou-se, assim, o desenvolvimento de um projeto específico no Serviço de Informática da Prefeitura voltado para a criação de um programa local de notificação e, em 2005, foi criado o Sistema de Notificação da Violência (SISNOV).

O SISNOV é um sistema eletrônico, integrado, intersetorial 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 comercial de crianças e adolescentes, em Campinas. Os dados notificados no sistema auxiliam no direcionamento das políticas locais específicas

para redução dos riscos e danos associados a estes tipos de violência e geram informações e indicadores. O SISNOV foi criado a partir de uma portaria municipal do Conselho Municipal de direito da Criança e Adolescente, que garantiu a formação de um Comitê Intersetorial e Interinstitucional para a gestão da informação do banco de dados do SISNOV.

Em 2008, quando o Ministério da Saúde implantou a Ficha de Notificação e Investigação de Violências no SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação), que era obrigatório para as unidades de saúde e trazia uma lista de violências mais ampla que a do SISNOV, os gestores deste sistema, que já planejavam a ampliação da lista de violências, buscaram adaptar o SINAN para o SISNOV. Isso se deu porque o SINAN é um sistema de uso exclusivo pelas unidades de saúde e não contemplava no seu formato o registro das notificações intersetoriais consolidado no SISNOV. Com apoio do Ministério da Saúde, o SISNOV foi adaptado para que, mantendo peculiaridades locais, fosse capaz de gerar notificações no SINAN, resultando assim no SISNOV/SINAN, que atualmente permite o registro de 14 tipos diferentes de violências predefinidas.

O acesso ao sistema em Campinas, que está situado na página da prefeitura, é via internet, porém para ter direito a ser um serviço notificador, tanto os serviços como os profissionais devem solicitar um cadastro junto ao Conselho Gestor do SISNOV que irá analisar e decidir se eles estão capacitados para entrar na rede de cuidados e fazer parte do sistema.

O Comitê Intersetorial e Interinstitucional do Sistema (CII –SISNOV) apresenta e discute os dados das notificações em reuniões periódicas, lançando anualmente um relatório com todos os dados descritos – o Boletim SISNOV. Os dados permitem que o Comitê monitore o funcionamento da rede e indique, quando necessário, ajustes ou alterações no fluxo, melhora na divulgação das ações ou serviços ou a realização de módulos de formação para os profissionais. No último boletim divulgado com os dados de notificação do ano de 2014 até o primeiro semestre de 2015, o comitê destacou a queda, no ano de 2014, nas notificações da violência contra as mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos. O indicador foi correlacionado a alguns fatores, como a mudança de endereço, naquele ano, do Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO/SMCAIS) – importante serviço de acolhimento a mulheres nesta faixa etária dentro da rede de cuidados. Em 2014, os atendimentos naquele serviço ficaram

restritos devido à reforma no novo local, readequação e divulgação do novo endereço. Já no ano de 2015, com o atendimento restabelecido e com a nova localização do CEAMO, em área central que facilitou acesso da população, foi notado um aumento considerável na demanda, com reflexo na notificação.

### Considerações finais

O Programa Iluminar, ao evidenciar as lacunas existentes na rede de cuidados, buscou a superação dos limites e contornos que se desenhavam ao redor de cada território, ou seja, que limitava e definia cada espaço setorial. Através das reuniões de monitoramento da rede que analisaram os casos e as deficiências enfrentadas nos atendimentos, surgiu a necessidade de incluir novos atores. A inserção da Guarda Municipal na rede de cuidados foi um exemplo de uma nova composição que gerou resultados significativos.

A Guarda Municipal, ao integrar o itinerário de cuidados, passou a auxiliar na problemática da proteção e deslocamento ágil das pessoas que passaram por situações de violência sexual, até os serviços de saúde. Os profissionais da Guarda Municipal, após as capacitações, passaram a identificar nas ocorrências de violência quais os serviços mais adequados para o atendimento da situação. Dessa maneira, compõem a rede auxiliando tanto na identificação rápida dos casos que necessitam de atendimento à saúde, segundo o protocolo do Ministério da Saúde para os casos de violência sexual, quanto na efetivação de transporte sanitário seguro entre um serviço e outro do itinerário.

A Guarda Municipal incorporou em suas práticas a noção da integralidade do cuidado, respeito e sigilo, e passou a reconhecer o atendimento à saúde como prioritário. 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 Municipal na linha de cuidados. A Guarda Municipal passou a usar viaturas ‘à paisana’ que são utilizadas especificamente para este atendimento, protegendo assim os cidadãos de exposições e riscos que uma viatura identificada poderia trazer.

A Guarda Municipal contribuiu para diminuir o tempo de atendimento após a ocorrência da violência sexual, que é fundamental para as profilaxias e a qualidade de vida das pessoas, pois ao identificar, em qualquer espaço social uma

pessoa que sofreu a violência sexual, a Guarda a transportará ao serviço de referência, priorizando sua saúde. O diferencial pode ser constatado na temporalidade de atendimento como reduzir o risco da gravidez após o estupro, pois a administração da pílula do dia seguinte dentro das 72 horas após o evento, aumenta a chance de reduzir a ocorrência da gravidez e protege a mulher de procedimentos mais invasivos e dolorosos como procedimentos cirúrgicos para a garantia do aborto legal. No ano de 2000, o tempo de realização do primeiro cuidado após a violência sexual foi de 72 horas para 80% dos casos recebidos. Já no ano de 2007, para 88% dos casos atendidos, este tempo já havia caído para 12 horas, aumentando assim a efetividade das profilaxias e da qualidade de reabilitação das pessoas.

Outra importante conquista neste movimento de articulações, foi a superação de hierarquias entre instâncias municipais e estaduais. A entrada do Instituto Médico Legal (IML) na rede de cuidados é um exemplo desta busca de superação das demarcações. O IML é uma instância gerida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado e foi inserida nas prioridades municipais no momento da implantação da rede de cuidados, recebendo uma parte da verba destinada à implantação do Programa Iluminar. Os recursos foram utilizados para realizar a reforma do espaço físico do IML, que se mostrava emergente e para a compra de equipamentos e materiais ginecológicos.

O IML, ao compor oficialmente a rede de cuidados, transformou seu modelo de atendimento historicamente voltado para a perspectiva policial. Atualmente, além do atendimento, condizente a um modelo humanizado de saúde e ajustado à demanda da/o usuária/o, 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 vítima necessite fazer o exame de corpo de delito no período do trauma.

O IML também abriu suas portas para estágios profissionalizantes aos alunos de graduação de Enfermagem de uma Universidade que compõem a Rede de Cuidados, possibilitando o acesso ao ensino em uma área pouco explorada nas formações de saúde e permitindo às vítimas o acolhimento e o preparo para o exame ginecológico pelas graduandas de Enfermagem. Essa foi uma ação da Política que contribuiu para alterar o cenário de prática da formação para o SUS.

O conhecimento produzido na integração da rede de cuidados foi incorporado pelo Instituto Médico Legal nas materialidades físicas ao adap-

tar o espaço para o atendimento digno e humanizado; e nas habilidades técnica ao transformar o modelo assistencial. Quando o conhecimento é corporificado em várias formas materiais, ele é produto final de muito trabalho nos quais elementos heterogêneos<sup>13</sup>, como a mesa ginecológica, o espelho vaginal, o avental médico, as luvas descartáveis, os tubos de ensaio, os reagentes, as mãos habilidosas, os profissionais e os protocolos médicos são justapostos numa rede que supera suas resistências.

A transformação que a rede está proporcionando possibilita refletir a composição e a articulação dos atores, pois todos estes elementos que se articulam compõem diferentes redes que participam da estrutura social e esta não é algo separado e independente, 'mas um local de luta, um efeito relacional que se gera recursivamente e se autorreproduz'<sup>14-16</sup>.

Dessa maneira, a construção da rede de atenção à violência em Campinas produziu diferenças fundamentais ao articular em suas conexões elementos conceituais, como a concepção ampliada de cuidado e direitos; elementos físicos, como as viaturas da Guarda Municipal; e elementos textuais como os protocolos definidos na linha de cuidados, gerando novos sentidos a velhos desafios sociais<sup>17-22</sup>.

### Desafios e desdobramentos futuros

O Programa Iluminar avançou ao concretizar práticas que costumeiramente se apresentam para os gestores e serviços como ações de planejamento e execução difíceis e inovou ao articular novas parcerias e pactuações. Porém, vários obstáculos e dificuldades estiveram presentes neste percurso e continuam a desafiar o desenvolvimento e a manutenção da rede de cuidados.

Eventos como as mudanças frequentes de profissionais na área da saúde dificultam a consolidação da linguagem comum frente à violência e geram notificações deficitárias ou errôneas, que são percebidas no SISNOV quando chegam dados incoerentes com a descrição, como por exemplo, apontam que um homem foi vítima de estupro. A categorização errada dos tipos de violência pode acarretar prejuízos na condução do caso para a/o paciente e impossibilitar a utilização do sistema como um banco de dados legítimo da realidade local. A cada mudança se faz necessário que os serviços integrem os novos profissionais aos propósitos da rede e os sensibilize para o trabalho; tarefa nem sempre inserida na temporalidade adequada. Estes desenhos or-

ganizativos são específicos dos serviços e por isso são desafios para a consolidação da rede, pois irá depender da prioridade que os gestores oferecem a questão e seus desdobramentos, como a manutenção do atendimento e da notificação ativa.

Desde o início da implantação da rede de cuidados buscou-se realizar sistematicamente reuniões intersetoriais para discutir casos de difíceis resoluções, são considerados casos sentinelas, porém nem sempre estas participações acontecem sem a presença de ruídos, pois as reuniões, para alguns serviços, demandam grandes mobilizações de gestores e chefias diretas para a participação de seus membros. Apesar dos obstáculos, são momentos imprescindíveis para condução dos casos e para a avaliação e o monitoramento dos serviços da rede, que para continuar ativa a coordenação do Programa Iluminar precisa mobilizar grandes esforços.

A maior dificuldade do programa tem sido oferecer suporte sistemático aos profissionais envolvidos no cuidado à violência. Este cuidado tem significativa importância devido a todos os sentimentos que podem acompanhar a violência como impotência, medo, angústia, repulsa, entre outros. O cuidador necessita de um espaço de troca, de amparo, de apoio afetivo e técnico competente e presente, porém estruturar um serviço específico para esta demanda ainda se apresenta como um desafio<sup>23</sup>.

A ação coletiva que foi proposta pelo programa Iluminar na construção do cuidado à violência buscou promover a conscientização das pessoas através da resignificação de novos eixos conceituais para uma realidade que antes não era percebida como tal. Na perspectiva construcionista, consideramos que a consciência da realidade não é algo que se dê a alguém, nem uma propriedade das pessoas, mas algo que vai sendo construído junto, por meio de uma ação conjunta.

O contexto do movimento sanitário de Campinas parece ter favorecido 'o convite' a esta mudança de foco, pois os conceitos que nortearam as capacitações vincularam o modelo de cuidado à compreensão do indivíduo na sua integridade e ampliaram aos profissionais espaços de participação e interlocução, remetendo, assim, ao modelo de gestão do cuidado que historicamente vinha sendo proposto<sup>24</sup>.

A continuidade do Programa Iluminar após sucessivas mudanças de gestão municipal parece indicar que houve uma consolidação das propostas que sobrepõe interesses partidários e se justificam pelo impacto na saúde da população e na sociedade de um modo geral. Após a implantação

da rede de cuidados, outros programas e serviços como o Rotas Recriadas e Quebrando o Silêncio também voltados para a questão da violência foram implementados e ampliaram os recursos oferecidos à população, legitimando mais intensamente a rede entre os profissionais, a comunidade local e outros municípios.

Importante ressaltar que o Programa Iluminar após contar com o financiamento inicial, na implantação, do Programa de DST/AIDs, passou a administrar a rede com verbas do município, mantendo-se por longo tempo autogerido no sistema financeiro municipal da saúde. O que sugere que no planejamento financeiro da gestão local, pode haver a percepção da relevância das ações propostas para a população em termos de cidadania e saúde e, também, de redução do orçamento, uma vez que o planejamento das ações e a prevenção possibilitam reduzir gastos com as causas da violência no setor saúde.

O Programa Iluminar tem difundido suas práticas através de Visitas Técnicas, que são oferecidas aos municípios ou entidades que desejam conhecer a rede de cuidados, além de oferecer assessoria às cidades no processo de estruturação e implantação da rede de atendimento à violência, auxiliando na reflexão de um modelo local que contemple as diretrizes do Ministério da Saúde. O programa foi reconhecido como uma experiência exitosa de gestão municipal e recebeu através do Programa Gestão Pública e Cidadania, da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP), uma premiação em dinheiro que foi utilizada na compra de computadores para as unidades notificadoras que não tinham o recurso.

O Programa passou a integrar o Plano Nacional de Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher da Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres do governo federal, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde e o Plano Nacional de Enfrentamento à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes do Ministério da Justiça e Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Na esfera federal, a Área Técnica de Saúde da Mulher e de Vigilância a Saúde, inseriram o Programa Iluminar em suas atividades de capacitação levando a experiência de Campinas como um conhecimento situado construído sobre pressupostos éticos e políticos, aos diversos estados e municípios que ainda estão estruturando suas ações.

Este estudo nos auxiliou na reflexão da necessidade das redes estruturarem suas ações a partir das realidades já existentes, consideran-

do a reorganização dos espaços e instituições, a construção de uma linguagem consonante e as problematizações nos espaços coletivos. Sabemos que os dados notificados ainda não conseguem mapear a totalidade das ocorrências, mas com aqueles disponíveis estão dando visibilidade ao problema e instrumentalizando ações e políticas.

O modelo de trabalho estruturado foi outro importante ponto de reflexão neste estudo, pois ao construir as possibilidades de trabalho nos espaços coletivos, problematizando e considerando as limitações e os alcances dos atores envolvidos, o Programa Iluminar inovou e rompeu com os modelos tradicionais, onde se apresenta uma proposta pré-definida de ação e busca-se ajustar os participantes nesta estrutura. Assim, o modelo

propõe uma metodologia problematizadora e inclusiva aos profissionais, para a consolidação de sujeitos ativos num atendimento empoderador.

Esperamos assim contribuir para a reflexão acerca da construção das práticas voltadas ao enfrentamento da violência, ilustrando a necessidade de se estabelecer desde a etapa de estruturação o olhar ampliado, intersetorial e colaborativo, que possibilite parcerias, pactuações, acordos e responsabilizações em todos os momentos do cuidado. As ramificações construídas pela rede, contribuem nos seus múltiplos espaços para desativar a imobilização dos setores e colocam em circulação os novos discursos que dão visibilidade à violência numa perspectiva que é possível incluí-la na agenda da saúde.

### **Colaboradores**

CM Pedrosa participou da concepção, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. SG Diniz e VGAL Moura participaram da revisão crítica.

### **Agradecimentos**

Ao CNPq e CAPES pelo apoio financeiro a uma parte da pesquisa que integrou o Doutorado em Saúde Pública, Ciclos de Vida e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública, FSP-USP.

## Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/Opas; 2002.
2. Minayo MCS. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: Souza ER, Minayo MCS, organizadores. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. p. 9-33.
3. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc* 2011; 20(1):124-135.
4. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface (Botucatu)* 1999; 3(5):11-26.
5. Diniz SG, Silveira LP, Mirim LA. *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; 2006.
6. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cien Saude Colet* 2007; 11(Supl.):1259-1267.
7. Pedrosa CM. *O cuidado às pessoas que sofreram violência - desafios à inovação de práticas e à incorporação da categoria gênero no Programa Iluminar* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2010.
8. Spink MJP, Cordeiro PM. Psicologia Social: a diversidade como expressão da complexidade. In: Souza MR, Lemos FCS, organizadores. *Psicologia e Compromisso Social: Unidade na Diversidade*. São Paulo: Escuta; 2009. p. 219-234.
9. Latour B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.
10. Sherer-Warren I. *Redes de movimentos sociais*. São Paulo: Centro João XXIII, Eds. Loyola; 1993.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: MS; 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. Brasília: MS; 2005.
13. Latour B, Woolgar S. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumarã; 1997.
14. Moraes MO. *Alianças para uma psicologia em ação: sobre a noção de rede*. [acessado 2006 maio 20]. Disponível em: [www.necso.ufrj.br/Brasil/Ato2003/MarciaMoraes.htm](http://www.necso.ufrj.br/Brasil/Ato2003/MarciaMoraes.htm)
15. Boletim SISNOV. 2006;2007 Programa Iluminar Campinas – Cuidando das vítimas de violência sexual. [acessado 2010 maio 20]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/iluminar/textobase.php>
16. Boletim SISNOV. 2008 Programa Iluminar Campinas – Cuidando das vítimas de violência sexual. [acessado 2010 maio 20]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/iluminar/textobase.php>
17. Rede de cuidados do Programa Iluminar Campinas – Cuidando das vítimas de violência sexual. [acessado 2010 maio 20]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/iluminar/textobase.php>
18. Boletim SISNOV. 2009 Programa Iluminar Campinas – Cuidando das vítimas de violência sexual. [acessado 2011 dez 1]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/iluminar/textobase.php>
19. Boletim SISNOV. 2010. Programa Iluminar Campinas – Cuidando das vítimas de violência sexual. [acessado 2011 dez 1]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/iluminar/textobase.php>
20. Boletim SISNOV. 2011. Programa Iluminar Campinas – Cuidando das vítimas de violência sexual. [acessado 2012 jan 3]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/iluminar/textobase.php>
21. Boletim SISNOV. 2012 Programa Iluminar Campinas – Cuidando das vítimas de violência sexual. [acessado 2013 maio 1]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/iluminar/textobase.php>
22. Boletim SISNOV. 2014;2015 Programa Iluminar Campinas – Cuidando das vítimas de violência sexual. [acessado 2015 dez 1]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/iluminar/textobase.php>
23. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
24. Canesqui AM. 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: DMPS/FCM; 1990. p. 11-21.

---

Artigo apresentado em 06/02/2016

Aprovado em 03/03/2016

Versão final apresentada em 05/03/2016

