



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

REBECA DE OLIVEIRA CARDOSO

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO: ELEMENTOS PARA O
DESENHO DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO SUPORTE AO
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO CEARÁ**

FORTALEZA

2025

REBECA DE OLIVEIRA CARDOSO

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO: ELEMENTOS PARA O
DESENHO DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO SUPORTE AO
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Orientadora: Prof.a Dra. Milena Marcintha Alves Braz.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C266a Cardoso, Rebeca de Oliveira.
Avaliação da Política de Regionalização : elementos para o desenho de uma rede de atenção à saúde como suporte ao enfrentamento da violência sexual no ceará / Rebeca de Oliveira Cardoso. – 2025.
129 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Milena Marcintha Alves Braz.
1. Políticas públicas. 2. Território. 3. Saúde pública. 4. Vulnerabilidades. I. Título.

CDD 320.6

REBECA DE OLIVEIRA CARDOSO

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO: ELEMENTOS PARA O
DESENHO DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO SUPORTE AO
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Aprovada em: 22/01/2025

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Milena Marcintha Alves Braz (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Suely Salgueiro Chacon
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marcelo Davi Santos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Ernesto dos Santos Vasconcelos
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por abrir portas onde não há janelas.

Ao Daniel, pelo apoio constante, pela compreensão, incentivo e pela força essencial para a conclusão desta etapa.

À Susy, por, enquanto professora, dedicar tempo e esforço para apontar um vasto horizonte de possibilidades na Saúde Coletiva a um grupo de alunos do 5º/6º semestre da graduação em Enfermagem. Esses momentos foram decisivos para minha trajetória profissional.

À Genisa, pelo apoio durante a graduação, enquanto colega de curso, e por ser uma das pessoas que contribuiu com um degrau essencial para que eu chegasse até aqui.

Ao Caio, por me apresentar ao universo das Políticas Públicas de maneira generosa e paciente.

À Iracema, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos sobre o funcionamento da Secretaria de Saúde e pelo companheirismo nas vivências cotidianas enquanto trabalhamos neste espaço.

Ao Ícaro, pelo apoio incondicional na realização deste mestrado e pelas muitas outras oportunidades que surgiram ao longo dessa jornada.

Aos atores envolvidos na elaboração e implementação de políticas públicas das quais fui beneficiária, que possibilitaram as oportunidades que me conduziram até este ponto: Programa Bolsa Família, CadÚnico, PROUNI, Sistema de Cotas Raciais, Meia-Passagem de Ônibus, entre outras.

À Prof.^a Dra. Milena Marcintha Alves Braz, pelo acolhimento, pela orientação cuidadosa e pelo compromisso com meu desenvolvimento acadêmico.

Ao PPGAPP, pela excelência no ensino e pela criação de um ambiente acadêmico leve e enriquecedor, tornando essa experiência mais acessível e transformadora.

Aos meus colegas de turma, pelas reflexões, críticas construtivas e sugestões que contribuíram imensamente para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Aos membros da banca examinadora, pelo tempo dedicado, pelas valiosas colaborações e sugestões, que enriqueceram significativamente este trabalho.

“Quando a violência acaba, a vida recomeça”

(Maria da Penha, 2024)

RESUMO

A violência sexual é um fenômeno social complexo que exige respostas multifacetadas para seu enfrentamento eficaz (Couto *et al.*, 2018). Esse tipo de violência, predominantemente dirigida a mulheres, crianças e adolescentes, é frequentemente classificado como um *Wicked Problem* (ou “Problema Perverso”). O objetivo deste estudo foi avaliar a política de regionalização da saúde do Estado do Ceará como base para a criação de um modelo de rede de atenção à saúde voltada ao atendimento de vítimas desse tipo de violência. Para tanto, foi adotada a perspectiva da Avaliação em Profundidade, com o intuito de analisar os componentes centrais da política de regionalização da saúde no Estado, considerando os aspectos territoriais e temporais relacionados ao perfil das ocorrências de crimes sexuais (Rodrigues, 2008). A pesquisa possui uma abordagem mista, combinando pesquisa documental e estatística, com as principais estratégias de coleta e análise de dados. Os resultados indicam que o Ceará conta com uma rede de serviços públicos voltados ao atendimento das vítimas de violência sexual, sugerindo a viabilidade de uma atuação integrada entre diferentes setores, como segurança, justiça e assistência social. Contudo, observa-se que a violência sexual não é abordada de maneira explícita nas prioridades sanitárias ou nos planos de saúde regionais, o que evidencia a necessidade de sua inclusão nesses documentos. O panorama da violência sexual no Ceará, entre 2009 e 2023, revela uma tendência crescente nos registros de ocorrências. Durante esse período de 14 anos, foram registradas 26.801 vítimas, com picos significativos de ocorrência em 2013 e 2019. Ao analisar esses dados, observa-se que a maior parte das vítimas é composta por mulheres (80,32%) com idades entre 0 e 19 anos, destacando-se especialmente as faixas etárias de 10 a 14 anos (37,82%), seguidas por crianças de 5 a 9 anos (19,17%) e de 0 a 4 anos. Esses dados são alarmantes, pois refletem a vulnerabilidade de um público majoritariamente incapaz de oferecer resistência ou consentir. Por fim, foram propostos os elementos essenciais para a construção de uma política de saúde voltada ao fortalecimento e qualificação do atendimento às vítimas de violência sexual no Ceará, levando em consideração as especificidades regionais, com base no Guia de Análise Ex-ante da Casa Civil (Brasil, 2018). Espera-se que os achados desta pesquisa contribuam para a formulação de políticas públicas mais eficazes no combate à violência sexual no Ceará, utilizando a regionalização da saúde como uma estratégia crucial para adaptar as respostas às necessidades territoriais do Estado.

Palavras-chave: políticas públicas; território; saúde pública; vulnerabilidades.

ABSTRACT

Sexual violence is a complex social phenomenon that requires multifaceted responses for its effective confrontation (Couto *et al.*, 2018). This type of violence, predominantly directed at women, children, and adolescents, is frequently classified as a Wicked Problem. The aim of this study was to evaluate the health regionalization policy of the State of Ceará as a basis for creating a healthcare network model focused on assisting victims of this type of violence. To achieve this, the perspective of In-Depth Evaluation was adopted, aiming to analyze the central components of the health regionalization policy in the state, considering territorial and temporal aspects related to the profile of sexual crime occurrences (Rodrigues, 2008). The research follows a mixed approach, combining documentary and statistical research with the main data collection and analysis strategies. The results indicate that Ceará has a network of public services aimed at assisting victims of sexual violence, suggesting the feasibility of integrated action among different sectors, such as security, justice, and social assistance. However, it is observed that sexual violence is not explicitly addressed in health priorities or regional health plans, highlighting the need for its inclusion in these documents. The panorama of sexual violence in Ceará from 2009 to 2023 shows an increasing trend in the occurrence records. During this 14-year period, 26,801 victims were registered, with significant peaks in 2013 and 2019. When analyzing these data, it is noted that the majority of the victims are women (80.32%) aged between 0 and 19 years, with the highest concentration in the age group of 10 to 14 years (37.82%), followed by children aged 5 to 9 years (19.17%) and 0 to 4 years. These data are alarming, as they reflect the vulnerability of a population largely unable to resist or consent. Finally, the essential elements for building a health policy focused on strengthening and improving care for victims of sexual violence in Ceará were proposed, considering regional specificities, based on the Ex-ante Analysis Guide of the Civil House (Brazil, 2018). It is expected that the findings of this research will contribute to the formulation of more effective public policies to combat sexual violence in Ceará, using health regionalization as a crucial strategy to adapt responses to the state's territorial needs.

Keywords: public policies; territory; public health; vulnerabilities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Regiões de Saúde do Estado do Ceará.....	41
Figura 2 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	42
Figura 3 - Mapa da Região de Saúde Fortaleza e sua divisão por ADS, 2023.....	46
Figura 4 - Mapa da Região de Saúde Norte e sua divisão por ADS, 202.....	48
Figura 5 - Mapa da Região de Saúde Sertão Central e sua divisão por ADS, 2023...	50
Figura 6 - Mapa - População SUS dependente da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, 2023.....	52
Figura 7 - Mapa da Região de Saúde Sul/Cariri, 2023.....	54
Figura 8 - Mapa do número acumulado de ocorrências de crimes sexuais por município, Ceará, 2009 a 2023.....	67
Figura 9 - Mapa de distribuição por município da Taxa Média (por 100 mil habitantes) das vítimas de crimes sexuais, Ceará, 2009 a 2023.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Evolução do número e da taxa (por 100 mil habitantes) de vítimas de crimes Sexuais, Ceará, 2009 a 2023.....	60
Gráfico 2 -	Evolução do número de vítimas de estupros e estupros de vulneráveis, Brasil, 2011 a 2023.....	61
Gráfico 3 -	Faixa etária das vítimas de crimes sexuais (em %), Ceará, acumulado de 2009 a 2023.....	64
Gráfico 4 -	Proporção de vítimas de crimes sexuais, por sexo (em %), Ceará, acumulado de 2009 a 2023.....	69
Gráfico 5 -	Nº acumulado das ocorrências de crimes sexuais, por faixa etária, Ceará, 2009 a 2023.....	70
Gráfico 6 -	Nº acumulado das ocorrências de crimes sexuais, por grupo etário, Ceará, 2009 a 2023.....	70
Gráfico 7 -	Nº acumulado das ocorrências de crimes sexuais, por raça/cor, Ceará, 2009 a 2023.....	71
Gráfico 8 -	Nº acumulado das ocorrências de crimes sexuais, por escolaridade, Ceará, 2009 a 2023.....	72
Gráfico 9 -	Notificações de casos de violência sexual (Data SUS) e registro de ocorrências de crimes sexuais (SSPDS-CE), acumulado de 2009 a 2023, Ceará.....	74
Gráfico 10 -	Evolução anual das notificações de casos de violência sexual, Ceará, 2009 a 2023.....	75
Gráfico 11 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, segundo as Regiões de Saúde, Ceará, 2009 a 2023.....	76
Gráfico 12 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por sexo, Ceará, 2009 a 2023.....	76
Gráfico 13 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual por sexo, segundo as Regiões de Saúde do Ceará, 2009 a 2023.....	77
Gráfico 14 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, Ceará, 2009 a 2023.....	78
Gráfico 15 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe.....	79
Gráfico 16 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa	79

	etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Sertão Central.....	
Gráfico 17 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Fortaleza	79
Gráfico 18 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Sobral.....	80
Gráfico 19 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Cariri.....	80
Gráfico 20 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual por Região de Saúde, segundo grupo etário, Ceará, 2009 a 2023.....	81
Gráfico 21 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual por grupo etário, segundo as Regiões de Saúde, Ceará, 2009 a 2023.....	82
Gráfico 22 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por raça/cor, Ceará, 2009 a 2023.....	83
Gráfico 23 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual por raça/cor, segundo as Regiões de Saúde, Ceará, 2009 a 2023.....	84
Gráfico 24 -	Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa escolaridade, Ceará, 2009 a 2023.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Eixos da pesquisa com base na Avaliação em Profundidade...	24
Quadro 2 -	Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição quinquenal do número e da taxa (por 100 mil habitantes) de vítimas de crimes sexuais, segundo as Áreas Descentralizadas de Saúde (ADSs/SESA-CE) e as Regiões de Saúde (SESA-CE), Ceará, 2009 a 2023.....	66
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADS	Área Descentralizadas de Saúde
AIS	Áreas Integradas de Segurança
APS	Atenção Primária à Saúde
APVL	Alergia à Proteína do Leite de Vaca
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPEsp	Batalhão de Policiamento de Prevenção Especializada
CAOPIJE	Centro de Apoio Operacional da Infância, da Juventude e da Educação
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CESAU-CE	Conselho Estadual de Saúde do Ceará
CGRS	Comitê de Apoio à Governança Regional da Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
COADSs	Coordenadorias de Áreas Descentralizadas de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COSEMS-CE	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CREDES	Coordenadorias Regionais de Desenvolvimento da Educação
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCECA	Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
GEESP	Gerência de Estatística e Geoprocessamento
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
GAVV	Grupo de Apoio às Vítimas de Violência
GTR	Grupo Técnico Regional
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IA	Inteligência Artificial
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDM	Índice de Desenvolvimento Municipal
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais
MPSP	Ministério Público do Estado de São Paulo
NUMEPS	Núcleo Regional de Educação Permanente em Saúde
NUREPS	Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PSR	Plano de Saúde Regional
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPCD	Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SEDUC-CE	Secretaria da Educação do Estado do Ceará
SESA-CE	Secretaria de Políticas da Saúde do Estado do Ceará
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SIP	Sistema de Informações Policiais
SRCEN	Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central
SRFOR	Superintendência da Região de Saúde Fortaleza
SRLES	Superintendência da Região de Saúde Litoral Leste / Jaguaribe
SRNOR	Superintendência da Região de Saúde Norte
SRSUL	Superintendência da Região de Saúde Sul-Cariri
SSPDS-CE	Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará
SUPESP	Superintendência de Pesquisa e Estratégia de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde - UBS
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	PERCURSO METODOLÓGICO E PERSPECTIVA AVALIATIVA.....	21
2.1	Abordagem avaliativa, tipologia da pesquisa e categorias de análise.....	21
2.2	Caracterização do universo e amostra da pesquisa avaliativa.....	22
2.3	Procedimentos para a coleta e para a análise dos dados.....	23
2.3.1	<i>Coleta de Dados.....</i>	24
2.3.2	<i>Método de análise de dados.....</i>	25
3	A VIOLÊNCIA SEXUAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO.....	28
3.1	O entrelaçamento entre violência sexual, gênero e vulnerabilidades.....	28
3.2	Políticas Públicas de saúde para as vítimas de violência sexual: Brasil e Ceará.....	31
4	A POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ.....	38
4.1	Apresentando os conceitos de Regionalização da Saúde e de Redes de Atenção à Saúde.....	39
4.2	Planos de Saúde Regionais: Análise das Características Regionais e Estruturas de Saúde - Aspectos Territoriais, Sociais, Econômicos, Demográficos e Estratégias de Ação.....	44
4.2.1	<i>Características da Região de Saúde Fortaleza.....</i>	45
4.2.2	<i>Características da Região de Saúde Norte/Sobral.....</i>	48
4.2.3	<i>Características da Região de Saúde do Sertão Central.....</i>	49
4.2.4	<i>Características da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe.....</i>	54
4.3	Síntese da análise dos Planos de Saúde Regionais.....	56
5	CENÁRIO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO CEARÁ.....	60
5.1	Análise das Ocorrências de Crimes Sexuais no Ceará (2009-2023): Tendências, Perfil das Vítimas e Distribuição Territorial.....	60

5.2	Análise das Notificações de Violência Sexual no Ceará (2009-2023): Tendências, Perfil das Vítimas e Distribuição Regional.....	75
6	ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE REGIONALIZADA PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL.....	90
6.1	Proposta de construção de uma rede de atenção à saúde regionalizada para o enfrentamento à violência sexual.....	92
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
	REFERÊNCIAS.....	119
	ANEXO A - PORTARIA ESTADUAL DE CRIAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO ÀS MULHERES, ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	127
	ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS.....	128

1 INTRODUÇÃO

A violência é definida como o uso de ameaça, poder real ou força física contra outra pessoa, contra um grupo ou contra si mesmo, que venha resultar em danos, deficiências, provações, lesão e até mesmo a morte (WHO, 1996). A violência, como um todo, possui múltiplas causas e tipos, perpassando questões econômicas, sociais, culturais e comportamentais (Brasil, 2021a).

A violência do tipo sexual, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), trata-se de qualquer ato sexual, tentativa de realizar um ato sexual ou outra conduta neste sentido dirigida a uma pessoa, de modo coercivo, independentemente de seu relacionamento com a vítima e sob quaisquer circunstâncias.

De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde, essa tipologia da violência é de natureza intrafamiliar e comunitária, podendo ser perpetrada por parceiros(as), parentes, pessoas conhecidas ou desconhecidas (Brasil, 2021a). Acrescenta-se a isto a desigualdade de gênero, a masculinidade massiva e as relações desiguais de poder, que são fatores contributivos para a perpetração deste tipo de violência (ONU, 2020).

Segundo o que dispõe a Lei Federal nº 11.340 de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), a violência doméstica e familiar é conceituada como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão ou sofrimento, neles incluído o sofrimento sexual, seja no âmbito da unidade doméstica, familiar ou em qualquer relação íntima de afeto (Brasil, 2006).

Em sua definição, a lei define este tipo de violência como qualquer ato que obrigue a presenciar, participar ou manter relações sexuais não desejadas, por meio de intimidação, ameaça, coação ou força. Considera ainda as ações que induzem a vítima a comercializar ou usar sua sexualidade de qualquer forma, que impeçam o uso de métodos contraceptivos, ou que forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, por meio de coação, chantagem, suborno ou manipulação. Mais amplamente, também considera as práticas que limitam ou anulam o exercício da sexualidade das vítimas (Brasil, 2006).

Dados demonstram níveis alarmantes de casos de violência sexual no Brasil. Estima-se que cinco crianças/adolescentes sejam vítimas de violência sexual a cada hora no país, com uma média de 45 mil casos desse tipo por ano. Destas, 80% das vítimas são meninas, principalmente entre 10 e 14 anos (UNICEF, 2020).

Observa-se que iniciativas públicas de combate à estas violências vêm sendo remetidas à área da Saúde Pública por diversos movimentos e organizações nacionais e

internacionais, como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Isto porque constata-se que a ocorrência destes tipos de violência aumenta a demanda por atendimento de saúde em virtude dos riscos e consequências de natureza física e/ou mental (Brasil, 2011a).

A violência sexual é classificada como *Wicked Problems* (ou “Problemas Perversos”). Essa categorização se refere à sua complexidade, caracterizada por múltiplas camadas causais, difíceis de identificar e que apresentam uma certa impossibilidade de resolução (Interaction Design Foundation, 2023). Assim, é fundamental reconhecer que as medidas de atenção à saúde para as vítimas de violência sexual, requerem a colaboração de diversos atores governamentais e sociais, a aplicação de conhecimentos específicos e a integração com outras iniciativas (Brasil, 2011a).

Nesse contexto, a intervenção do poder público se torna essencial, por meio de ações articuladas e integradas no enfrentamento dessas violências, fundamentadas em normativas legais que garantam sua legitimidade enquanto política, programa ou outra forma de ação governamental.

Esta categoria de problemas perversos representa uma adversidade para os estudiosos, os gestores e os decisores. Sua resolução torna-se dificultosa visto sua caracterização em pelo menos quatro elementos: conhecimento incompleto ou contraditório da situação, excesso ou escassez numérica de pessoas e opiniões envolvidas, possibilidades de soluções que envolvem grandes custos econômicos e a ligação intrínseca desses problemas com outros problemas (Jacquinet, 2021).

Para Mendes (2011) os *Wicked Problems*, por suas características, exigem necessariamente soluções em Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RASs são o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011b).

Por definição, trata-se de um modelo organizativo de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado. Este modelo de atenção à saúde é previsto na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em síntese, as RASs são pensadas a partir das necessidades específicas de assistência à saúde de cada indivíduo em um ciclo completo de atendimento, de acordo com as possibilidades de oferta de ações e serviços nos pontos de atenção à saúde primários (Ex.: unidades de atenção primária), secundária (Ex.: ambulatórios, policlínicas) e terciárias (Ex.: hospitais) (Brasil, 2020a).

Ao expressar o princípio da Integralidade do SUS, a RAS propõe cuidados temáticos que abrangem desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até os cuidados paliativos (Brasil, 2020a). Como exemplo destas Redes, em âmbito nacional temos atualmente a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2023b).

Por sua vez, as RASs estão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas. Legitimada pelo Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011, este recorte territorial refere-se a um espaço geográfico específico, composto por agrupamentos de municípios vizinhos, delimitado por identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhadas. Seu propósito é integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011b).

No Estado do Ceará a regionalização é instituída pela Lei n.º 17.006, de 30 de setembro de 2019, que dispõe sobre a integração, no âmbito do SUS, das ações e dos serviços de saúde em regiões de saúde no Estado do Ceará. Atualmente o Estado conta com cinco regiões de saúde, a saber: Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe.

Diante dessas considerações, o objetivo geral deste estudo foi avaliar a política de regionalização da saúde do Estado do Ceará como suporte para proposição de um desenho de política pública para o enfrentamento à violência sexual. Para alcançar este propósito, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: conhecer a trajetória da política de Regionalização da Saúde do Estado do Ceará, a partir de sua lei de criação e do conteúdo dos cinco Planos de Saúde Regionais, elaborados para o período de 2023 a 2027.

Outro objetivo específico foi analisar o perfil das ocorrências de crimes sexuais, a partir de registros disponibilizados publicamente pela Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS-CE)¹ e dos registros de notificação de violência sexual disponibilizados também publicamente pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (Sinan/DATASUS/MS), ambos ocorridos no estado do Ceará entre os anos de 2009 a 2023.

Por fim, o terceiro objetivo específico foi propor elementos para o desenho regionalizado de uma política pública em prol do enfrentamento à violência sexual, a partir da

¹ Segundo a SSPDS-CE (2024) Crimes sexuais é a soma de todas as ocorrências de estupro, estupro de vulnerável e exploração sexual de menor. A Lei nº 12.015/2009 dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual e contra a liberdade sexual, conceituando os crimes de estupro, violação sexual mediante fraude, assédio sexual, exploração sexual e tráfico de pessoas para fim de exploração sexual.

análise da distribuição de ocorrência e de notificação dos crimes sexuais em cada recorte regional.

Para atender tais objetivos foi realizada uma pesquisa fundamentada no paradigma contra-hegemônico Avaliação em Profundidade, de Rodrigues (2008), a partir da metodologia de estudo de caso, analisando dois dos quatro eixos da referida perspectiva avaliativa: Análise de Conteúdo e Espectro Territorial/Temporal.

Para a análise de conteúdo, realizou-se pesquisa documental a partir dos cinco Planos de Saúde Regionais, com vistas a identificar as especificidades destes recortes socioespaciais e compreender as dinâmicas territoriais e sanitárias. Já para a consideração do Espectro Territorial/Temporal, foram avaliados os registros de crimes sexuais no estado do Ceará, fornecidos pela SSPDS-CE, visando reconhecer as especificidades locais do território em relação à política avaliada.

O interesse em estudar este objeto surgiu a partir da minha experiência como Residente do programa de Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (2020-2022), que inclui uma parte prática na Secretaria de Políticas da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE). Durante essa vivência pude adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre os processos de elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas em nível estadual. Ao final da residência, tive a oportunidade de vivenciar o cenário de gestão na Superintendência da Região de Saúde Fortaleza, onde colaborei em atividades voltadas para a elaboração e implantação de estratégias no combate à violência sexual para os 44 municípios da região.

A relevância deste estudo reside na possibilidade de seus achados contribuírem para a consideração da regionalização da saúde como estratégia na elaboração de política pública de enfrentamento à violência sexual no Estado do Ceará de forma a ponderar os diferentes recortes territoriais e suas especificidades.

Para orientar o leitor sobre a estrutura deste trabalho, é importante mencionar que, além desta introdução, a dissertação é composta por seis capítulos. No Capítulo I tem-se a introdução. Já no Capítulo II apresenta-se o percurso metodológico e a perspectiva avaliativa da política pública adotada. O Capítulo III aborda as teorias relacionadas a violência sexual e políticas públicas. No Capítulo IV discute-se a política de regionalização da saúde e as redes de atenção no estado do Ceará. O Capítulo V explora cenário da violência doméstica e sexual no Ceará, enquanto o Capítulo VI apresenta elementos para a construção de uma RAS para o enfrentamento à violência sexual no Ceará.

2 PERCURSO METODOLÓGICO E PERSPECTIVA AVALIATIVA

O texto a seguir abordará os elementos fundamentais que estruturam esta pesquisa, apresentando uma análise detalhada sobre os métodos, o universo de estudo, a amostra utilizada, os procedimentos de coleta e os métodos de análise adotados. O capítulo é dividido em tópicos específicos, começando pela Abordagem Avaliativa, Tipologia da Pesquisa e Categorias de Análise, que introduz a fundamentação teórica da pesquisa na perspectiva avaliativa contra-hegemônica, com foco na Avaliação em Profundidade.

O próximo tópico da pesquisa, Caracterização do Universo e Amostra da Pesquisa Avaliativa, descreve o escopo da investigação, que se concentra na política de Regionalização da Saúde no Ceará, regulamentada pela Lei Estadual nº 17.006/2019 e pelos Planos de Saúde Regionais. Finalmente, a seção Procedimentos para a Coleta de Dados e para a Análise dos Dados detalha os métodos empregados para a coleta e análise de informações das ocorrências de crimes e notificações de violência sexual.

2.1 Abordagem avaliativa, tipologia da pesquisa e categorias de análise

A presente pesquisa fundamentou-se na perspectiva avaliativa contra-hegemônica denominado Avaliação em Profundidade, o qual se caracteriza por ser denso, extenso, detalhado, profundo e multidisciplinar, tendo como objetivo primordial a compreensão dos significados subjacentes às políticas públicas (Rodrigues, 2008).

Esta perspectiva se estrutura em quatro eixos principais para a análise de uma política pública: Análise de Conteúdo, Análise de Contexto, Trajetória Institucional e Aspecto Territorial/Temporal (Rodrigues, 2008). Para atingir os objetivos delineados nesta pesquisa, foram selecionados dois desses eixos: Análise de Conteúdo e Aspecto Territorial/Temporal.

A Análise de Conteúdo propõe a investigação de documentos institucionais, como leis, portarias e documentos internos, com o intuito de identificar os elementos da Formulação (definição de objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação), das Bases Conceituais (paradigmas orientadores, concepções e valores subjacentes, além dos conceitos e noções centrais que sustentam as políticas) e da Coerência Interna (consistência entre as bases conceituais, a formulação da implementação e os itens priorizados para acompanhamento, monitoramento e avaliação) (Rodrigues, 2008).

Na presente investigação, a análise de conteúdo foi realizada com base em documentos que tratam da regionalização da saúde no Ceará, especialmente: a Lei Estadual nº

17.006, de 30 de setembro de 2019, e os cinco Planos de Saúde Regionais, elaborados em agosto de 2023 pelas Superintendências Regionais de Saúde para o período 2023-2027. Para tanto, foram empregados os métodos de análise provenientes da pesquisa qualitativa, a qual se concentra na análise de contextos e significados, com o objetivo de apreender aspectos mais profundos da realidade que não são facilmente mensuráveis ou quantificáveis de maneira simplificada (Minayo; Gomes, 2008).

É preciso considerar que a política/programa não tem um sentido único e está circunscrita a re-significações conforme permeiam os vários espaços institucionais (ou fora deles) ou na comunidade destinatária desta política/programa. Por tanto, as trajetórias são entendidas como instrumento estratégico para o entendimento das temporalidades, discursos e compreensão histórica coletiva e social com a vivência singular e individual dos sujeitos por meio das narrativas de suas representações (Gussi, 2019).

O Aspecto Territorial/Temporal teve como propósito compreender as dimensões temporais e territoriais da política, comparando suas propostas e objetivos gerais com as especificidades locais e sua historicidade. Esta análise busca levantar questões cruciais, como: de que maneira é possível articular, na avaliação, as perspectivas e os objetivos das propostas gerais com as particularidades locais, considerando as possibilidades de implementação da política de forma localizada, bem como seu percurso temporal e territorial (Rodrigues, 2008).

Este eixo possibilitou a análise socioespacial dos cinco territórios em questão, fundamentando a visão diagnóstica sobre o perfil de ocorrência de crimes sexuais no Estado e de notificações de violência sexual em cada recorte territorial. Para isso, foram utilizados dados oriundos da pesquisa quantitativa, que emprega métodos estatísticos e numéricos para coletar e analisar informações, permitindo a generalização dos resultados para uma população maior.

Essa abordagem busca medir variáveis e identificar padrões, relações e causalidades, com ênfase na objetividade e replicabilidade dos resultados (Creswell, 2014). Assim, foram analisados os registros de ocorrências de crimes sexuais no Ceará, com base em uma série histórica que abrange os anos de 2009 a 2023. Dessa forma, a abordagem central deste estudo é de natureza mista, combinando elementos quantitativos e qualitativos, o que permite uma análise abrangente e multidimensional dos fenômenos investigados.

2.2 Caracterização do universo e amostra da pesquisa avaliativa

O universo desta pesquisa está delimitado pela política de Regionalização da Saúde no Ceará, conforme estabelecido pela Lei Estadual nº 17.006/2019, e pelos Planos de Saúde Regionais. Além disso, são analisados os dados relativos a crimes sexuais e notificações de violência sexual registrados no estado do Ceará entre 2009 e 2023. A escolha desse período justifica-se pela disponibilidade de dados nas bases de acesso público da SSPDS-CE e do Sinan/DATASUS/MS, que abrangem esse intervalo, além da necessidade de garantir uma amostra suficientemente representativa para a análise.

A amostra documental da pesquisa foi delimitada pelos arquivos mencionados, os quais constituem o arcabouço legal e normativo da política de regionalização da saúde no Ceará. A seleção desses documentos fundamenta-se em sua relevância para a compreensão das diretrizes e objetivos dessa política.

No que tange aos dados relativos a crimes sexuais, a amostra foi composta por registros de ocorrências de crimes sexuais, envolvendo vítimas de ambos os sexos e faixas etárias, no período supracitado. Da mesma forma, os mesmos critérios foram aplicados aos dados de notificação de violência sexual. Assim, trata-se de uma pesquisa documental correlacionada com dados secundários disponibilizados pela SSPDS-CE e pelo Sinan/DATASUS/MS.

A análise preliminar dos dados obtidos revela uma fragilidade na completude dos registros, evidenciada pela ausência de informações relevantes em diversos campos, frequentemente marcados como “Não Informada” ou “Ignorada”. Um exemplo notório é o campo “Raça/Cor”, que apresenta o maior número de registros sem essa informação, totalizando 20.997 ausências (78,34%) nos 26.801 registros de crimes sexuais e 613 ausências (4,95%) nas 12.392 notificações avaliadas.

O campo “Escolaridade” também exibe uma quantidade significativa de lacunas, com 9.474 registros (35,34%) nos crimes e 2.318 (19,21%) nas notificações. Em relação ao campo “Idade da Vítima”, observa-se a ausência de informações em 1.137 registros de crimes (4,24%) e 13 notificações (0,10%). Por fim, o campo “Gênero” apresenta 32 campos não preenchidos nos registros de crimes (0,12%) e 5 nas notificações (0,04%).

2.3 Procedimentos para a coleta e para a análise dos dados

A coleta de dados envolve a definição dos objetivos que se pretende alcançar e a determinação das questões que vão orientar o estudo (Gil, 2021). Para a presente pesquisa, a

coleta de dados deu-se a partir do objetivo a ser alcançado para cada eixo trabalhado na pesquisa, detalhado no quadro a seguir:

Quadro 1 - Eixos da pesquisa com base na Avaliação em Profundidade.

Eixos da Avaliação em profundidade	Material de análise	Objetivo	Método
Análise de Conteúdo	Lei 17.006 de 30/09/2019 e os cinco Planos de Saúde Regionais das cinco regiões de saúde do Ceará	Compreender o conteúdo (elementos da formulação, bases conceituais e coerência interna);	Pesquisa Documental
Espectro Territorial e Temporal	Registros de crimes sexuais no estado do Ceará, fornecidos pela Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS-CE), juntamente com os dados de notificação de violência sexual ocorridos no estado, provenientes do DATASUS, do Ministério da Saúde.	Reconhecer a distribuição territorial e temporal, bem como as características das vítimas de crimes sexuais no Ceará.	Análise estatística a partir dos dados de crimes sexuais e notificações de violência sexual registrados entre os anos de 2009 a 2023

Fonte: Elaboração própria com base em Rodrigues (2008).

2.3.1 Coleta de Dados

A fim de garantir a autenticidade dos dados normativos, a Lei Estadual nº 17.006/2019 foi consultada na fonte primária, o site da Assembleia Legislativa do Ceará. Os Planos de Saúde Regionais, por sua vez, foram obtidos diretamente da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, órgão responsável por sua elaboração e divulgação, contemplando assim os documentos do eixo Análise de Conteúdo. Todos os documentos foram armazenados em formato digital para posterior análise.

Já os dados do eixo Espectro Territorial e Temporal foram obtidos de duas fontes secundárias. A primeira oriunda dos registros de crimes sexuais² ocorridos no estado do Ceará, entre os anos de 2009 a 2023, registrados pelos órgãos de segurança pública do governo do Estado do Ceará. A coleta e a análise dos dados ocorreram entre os meses de agosto e setembro de 2024, a partir de informações disponibilizadas pela SSPDS/CE, no site institucional, na aba Estatísticas, com informações apresentadas por intermédio da Gerência de Estatística e Geoprocessamento (GEESP/SUPESP), setor vinculado à Superintendência de Pesquisa e Estratégia de Segurança Pública (SUPESP/SSPDS-CE). Após a coleta dos dados

² Informações oriundas do Sistema de Informações Policiais (SIP/SIP3W) que engloba os procedimentos usuais utilizados pela Polícia Civil, tais como: Boletim de Ocorrência, Termo Circunstanciado de Ocorrência e Inquérito Policial. Segundo a pasta, para a consideração de ocorrências enquadradas em Crimes Sexuais, a GEESP/SUPESP inclui todos os crimes de estupro, estupro de vulnerável e exploração sexual de menor. O marco temporal para estas ocorrências dá-se a partir da data da ocorrência do evento criminal (CEARÁ, 2024a).

de crimes sexuais, estes foram categorizados por ano e pelos critérios de Município de ocorrência, Faixa etária, Gênero, Raça/Cor e Escolaridade da vítima, conforme disponibilizado pela fonte.

Já a segunda fonte de dados trata-se de informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde com dados referentes às notificações de violência sexual registradas no Ceará entre os anos de 2009 a 2023. Estas notificações são realizadas por meio da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais (Anexo B).

As informações foram extraídas partir da base DATASUS seguindo o caminho de acesso TabNet, Epidemiológicas e Morbidade, Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN), Violência Interpessoal/Autoprovocada, abrangência geográfica o estado do Ceará e ocorrências de violência sexual por município de residência. As variáveis utilizadas para a análise do perfil das vítimas notificadas nos serviços de saúde foram: Sexo, Faixa etária, Raça/Cor, Escolaridade e Região de Saúde de ocorrência, conforme disponibilizado pela fonte.

2.3.2 Método de análise de dados

Para a Análise de Conteúdo foram utilizados os cinco Planos de Saúde Regionais, elaborados pelas respectivas Superintendências Regionais de Saúde para o período de 2023 a 2027. Para Bardin (2011), a análise documental é definida como um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob forma diferente do original a fim de facilitar sua consulta e referência. Objetiva ainda dar forma conveniente e representar as informações contidas nos documentos através de procedimentos de transformação (Bardin, 2011).

Na análise foram identificados os elementos que caracterizam as regiões de saúde a que se referem. Assim, a análise dos planos iniciou-se com o levantamento do material necessário, o que incluiu a coleta da versão mais recente e oficial do documento a ser estudado. Uma leitura inicial foi fundamental para entender o conteúdo geral e o contexto em que os Planos foram elaborados, permitindo a identificação dos objetivos principais e das diretrizes que os norteiam.

Após a leitura, realizou-se uma análise estrutural do documento, examinando sua organização, como a disposição das seções, artigos e anexos, e identificando termos e definições que pudessem influenciar a interpretação do texto. Em seguida, foi feita uma

análise de conteúdo que extraiu e categorizou os principais elementos descritivos do território que são relevantes para a avaliação do presente estudo.

Os dados coletados nesta etapa foram codificados, agrupados em categorias analíticas, dispostos em uma matriz descritiva e submetidos ao processo de análise e busca de significados (Gil, 2021). Para a análise dos dados, utilizou-se como referencial teórico metodológico a Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que se constituiu em três fases:

Pré-análise dos Planos de Saúde Regionais: desenvolveu-se para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreendeu a leitura geral do material eleito para a análise;

Exploração do material: consistiu na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas.

Interpretação do conteúdo: compreendeu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os dados foram analisados e discutidos com base na literatura pertinente ao tema. As discussões sobre os aspectos da política elencados a partir do que recomendou a perspectiva avaliativa Avaliação em Profundidade foram realizadas primariamente sobre a síntese das conclusões da leitura dos documentos. Os achados foram correlacionados com tópico Espectro Territorial e Temporal da avaliação em profundidade e compuseram base para a proposição da política pretendida nesta pesquisa.

A identificação do perfil das vítimas de crimes sexuais, a partir dos dados de ocorrências e notificações, iniciou-se com a definição clara dos objetivos da pesquisa, os quais contemplavam questões específicas sobre as características sociodemográficas das vítimas. Após a coleta dos dados, a sua preparação foi essencial para assegurar a consistência e a qualidade das informações.

A análise seguiu com a aplicação de estatísticas descritivas, incluindo o cálculo de médias, medianas, frequências e porcentagens, além da construção de gráficos e tabelas que facilitam a interpretação dos resultados. Foram adotados métodos de análise estatístico-descritiva, uma vez que as medidas de frequência, média e distribuição espacial possibilitam a organização, síntese e representação das características essenciais do perfil das vítimas e da distribuição geográfica dos casos no território municipal (Larson; Farber, 2015).

A análise espacial constituiu uma etapa central, permitindo identificar as áreas com maior incidência de crimes e detectar tendências geográficas, sempre considerando o

contexto regional. Os dados foram analisados de forma comparativa, o que possibilitou identificar variações nas características das vítimas em diferentes localidades e períodos.

A interpretação dos resultados foi realizada à luz da literatura existente e do contexto social, discutindo as implicações dos achados para as políticas públicas e as estratégias de prevenção. Finalmente, os resultados obtidos forneceram a base para a formulação dos elementos necessários à construção de uma política pública voltada para a criação de uma rede regionalizada de atendimento de saúde às vítimas de violência sexual no Estado do Ceará.

Ressalta-se que o desenvolvimento dessa proposta considerou a experiência e as vivências da pesquisadora, além dos dados obtidos na análise dos crimes sexuais e nas notificações de violência sexual no período de 2009 a 2023. Também foram incorporados insights gerados por plataformas de inteligência artificial (IA), como Chat GPT® e Gemini®. A utilização da IA foi particularmente relevante na elaboração do modelo lógico da Rede e na definição dos indicadores para a política.

A inteligência artificial é uma ferramenta poderosa que pode auxiliar na resolução de questões complexas, desde que seja aplicada de forma contextualizada ao problema de política pública a ser resolvido, levando em consideração as questões éticas e jurídicas relacionadas ao uso de ferramentas automáticas na tomada de decisões (Denis *et al.*, 2021).

3 A VIOLÊNCIA SEXUAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO

Este capítulo aborda a complexa intersecção entre violência sexual, gênero e vulnerabilidades, destacando como as desigualdades estruturais, baseadas em gênero, classe social e etnia, favorecem a perpetuação de diversas formas de violência no Brasil. A violência sexual é descrita como um reflexo das relações de poder desiguais, especialmente em um contexto histórico marcado pela colonização e pela escravidão, que exclui certos grupos da acessibilidade a direitos básicos.

A relação entre violência sexual e gênero é aprofundada, com a definição do conceito de patriarcado, que evidencia um sistema de dominação masculina historicamente enraizado. A estrutura patriarcal se reflete na subordinação das mulheres e, nesse contexto, a violência sexual emerge como uma consequência direta dessas relações de poder desiguais. O capítulo também aborda a complexidade da identidade de gênero, que é construída a partir das relações sociais, não sendo uma identidade fixa, mas fluída e dependente do contexto.

Ao final, a reflexão se volta para a necessidade de políticas públicas que reconheçam a influência das estruturas patriarcais nas práticas de violência sexual, oferecendo uma abordagem integrada e multidisciplinar no atendimento às vítimas. O Estado, embora afetado por essas relações de poder, deve ser protagonista na criação de mecanismos de proteção e em uma atuação coordenada que envolve saúde, justiça e assistência social, assegurando um atendimento humanizado e efetivo.

3.1 O entrelaçamento entre violência sexual, gênero e vulnerabilidades

A amplitude da violência cresce a cada dia em todo o Brasil e afeta diferentes locais onde se dão as relações sociais (a escola, a rua, os domicílios, as cadeias, as instituições de trabalho, etc.). Neste contexto, grupos vulneráveis (Crianças, adolescentes, mulheres, idosos, população indígena e pessoas LGBTQIA+) sofrem as repercussões sociais e psicológicas nos seus modos de vida e de socialização (Noronha *et al.*, 2012).

Assim, as vítimas de violência devem ser acolhidas e respeitadas enquanto sujeitos de direitos, mormente nos serviços de saúde e de justiça, recebendo uma atenção humanizada, integral e com proteção social (Noronha *et al.*, 2012). Para iniciar a reflexão sobre o tema em estudo, é necessário trazer luz às questões que tratam da origem da violência sexual e da permanência das mesmas na atual sociedade.

A violência social é estruturada por relações de poder desiguais que afetam grupos vulneráveis, os quais detêm menor poder político, econômico e social. Essas desigualdades estão intrinsecamente ligadas às dimensões de gênero, etnia/raça e geração, refletindo uma sociedade historicamente marcada pela colonização e pela escravidão. Assim, alguns grupos foram historicamente excluídos do acesso a direitos fundamentais, como educação, saúde e qualificação profissional, além de enfrentarem altos índices de desemprego e segregação social (Noronha et al., 2012).

Uma destas dimensões correlaciona-se com o conceito de Patriarcado. Entende-se por patriarcado a estruturação de um padrão (mesmo que, por muitas vezes, de manifestação heterogênea) que propicia aos homens a disposição ao corpo, tempo, energia e trabalho das mulheres, ocasionando nítida desvantagem a estas nas instituições e no cotidiano onde este padrão é exercido (Biroli, 2018).

O patriarcado constitui sua autoridade máxima nos campos econômicos, jurídicos e políticos, sendo uma autoridade arbitrária para com os seus comandados. À medida que se ampliam os conceitos políticos e territoriais, a conceituação de patriarcado torna-se mais complexa, a exemplo da prática deste domínio masculino nos regimes absolutistas das monarquias (Azevedo, 2017).

A estrutura patriarcal de dominação fundamenta-se ainda na crença na santidade dos poderes senhoriais em relação à servidão dos súditos, que é traduzido em intenção de fidelidade (Azevedo, 2017). Miguel e Biroli (2014) afirmam que o termo patriarcado é defendido por ser capaz de referir-se aos diferentes aspectos de subordinação das mulheres, mas que seria mais adequado o uso do termo Dominação Masculina, pois este alcançaria um fenômeno mais geral do que o termo patriarcado.

Outra questão é envolta nos aspectos de Gênero e sociedade. Para citar uma formulação que se tornou canônica, o gênero “é a organização social da diferença sexual”. A conceituação de gênero exprime a ideia de que tal termo remonta à ideia de que gênero não é uma identidade, mas uma posição social e um atributo das estruturas sociais (Miguel; Biroli, 2014).

Desta forma, gênero pode ser entendido como uma relação social que caracteriza os indivíduos em conceitos previamente elaborados, onde gênero representa uma relação que se coloca em relação ao indivíduo e a outros sujeitos pertencentes à mesma categoria ou categorias distintas (Saffioti; Almeida, 1995).

A palavra gênero pode significar, se recorrendo à gramática, simplesmente um modo classificatório de fenômenos e distinções socialmente acordadas. Mas pode referir-se

ainda à organização social da relação entre os sexos (Scott, 1995). O gênero tem o poder de condicionar a percepção de mundo e do contexto, sendo assim compreendido como um prisma pelo qual o sujeito vê e entende o mundo a partir das limitações da percepção assim condicionadas (Saffioti; Almeida, 1995).

Assim, a constituição do sujeito se dá considerando o gênero, a classe social e a raça/etnia. Ou seja, o sujeito possui uma identidade em cada um destes aspectos. A conjuntura contemporânea ao sujeito exigirá do mesmo que se sobressaia um dos componentes de sua identidade, ou seja, a identidade social será predominante conforme o contexto (Saffioti; Almeida, 1995).

A partir das definições de patriarcado e gênero supracitadas, os autores defendem que a sociedade não só habilita o portador de preconceito, como legitima seus atos sexistas empregados contra seus alvos. Inerentemente há uma espécie de autorização para que os preconceituosos discriminem e marginalizem as categorias sociais, colocando-os como subordinados ou de sujeitos específicos ou do coletivo social.

Assim, a premissa atual que explica as raízes desta influência patriarcal neste processo de violência sofrido por grupos vulneráveis, especialmente mulheres, principalmente no aspecto da violência sexual, deve-se à confluência destes construtos sociais. Haveria a possibilidade de que se recorresse ao Estado, enquanto governo, para intervir nesta questão.

Porém, considera-se que este Estado também é afetado pela dominância das relações patriarcais. Esta consideração advém do entendimento de que embora haja uma diferenciação entre o que ocorre nos espaços públicos e privados, estas concepções se entranham na vivência dos indivíduos (Saffioti, 2015). Neste sentido, é importante que as intervenções estatais na temática reconheçam esta influência patriarcal para que se possa atuar de forma efetiva nas ações governamentais na temática de gênero e violência.

Em síntese, com uma atualidade concebida à sombra dos conflitos patriarcais, pode-se verificar que os grupos sociais constituídos por indivíduos do gênero feminino são ainda afetados pelos aspectos de vulnerabilidade. Esta é reflexo de questões políticas e sociais que se colocam como barreiras ao exercício pleno de suas liberdades individuais, à escassez de bens materiais, à impossibilidade de acesso aos mais diversos espaços sociais e à ausência de serviços e políticas públicas (Ângulo; Oliveira, 2021).

Esse contexto de exclusão e desigualdade social tem forte correlação com as causas da violência sexual também contra crianças e adolescentes de ambos os sexos. Dados estatísticos indicam que as vítimas de abuso ou exploração sexual são predominantemente do sexo feminino e afrodescendentes, refletindo um quadro de opressão e desigualdade social

que aumenta a vulnerabilidade desses indivíduos. A violência sexual, nesse sentido, não é apenas um fenômeno isolado, mas um reflexo de uma estrutura social mais ampla, na qual as desigualdades de poder, originadas por questões de raça, gênero e classe social, perpetuam a exploração e a marginalização desses grupos (Brasil, 2018).

Neste ínterim surge a necessidade da atuação estatal através de políticas públicas que busquem resolver, ou atenuar os efeitos deste fenômeno. Por definição, Políticas Públicas são o resultado das decisões dos entes governamentais e objetivam assegurar e/ou promover os direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988 (Andrade, 2019). Trata-se ainda de diretrizes estratégicas para o enfrentamento de questões coletivamente relevantes (Secchi; Coelho; Pires, 2019).

Assim, é exposto a complexidade das relações de poder que estruturam a violência social no Brasil, evidenciando como as desigualdades de gênero, raça/etnia e classe social perpetuam a marginalização e a vulnerabilidade de certos grupos, como as mulheres e as crianças afrodescendentes, consequentemente os mais afetados pela violência sexual. Nesse contexto, a categoria violência, especialmente contra esses grupos, não pode ser vista isoladamente, sendo um reflexo das relações patriarcais e das desigualdades estruturais presentes na sociedade.

Dessa forma, a construção de uma política pública de saúde voltada para o enfrentamento da violência sexual no Ceará torna-se fundamental, considerando as particularidades regionais e a necessidade de um atendimento qualificado, humanizado e integral às vítimas. Tais políticas devem ser regionalizadas, a fim de atender as diversas realidades locais, garantindo tanto o acolhimento adequado nas unidades de saúde, como o acesso a serviços interligados com a justiça e a assistência social, proporcionando, assim, uma resposta mais eficaz à violência sexual e suas consequências para as vítimas.

3.2 Políticas Públicas de saúde para as vítimas de violência sexual: Brasil e Ceará

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 traz fundamentos que versam sobre a temática. O Artigo 226, § 8º, do texto constitucional destaca a responsabilidade do Estado em assegurar a assistência à família, reconhecendo sua importância como unidade essencial para a formação e o desenvolvimento dos indivíduos (Brasil, 1988).

Já o Artigo 227 reafirma o compromisso do Estado, da sociedade e da família com a proteção integral dos direitos de crianças, adolescentes e jovens. O dispositivo visa a

assegurar a proteção contra todas as formas de violência, negligência e discriminação, sublinhando a importância da criação de um ambiente seguro e saudável para o pleno desenvolvimento dos jovens (Brasil, 1988). Nesse sentido, a criação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência doméstica e familiar é uma expressão direta destes preceitos constitucionais.

Ainda tendo por base a Constituição Federal de 1988, foi instituído no país o SUS, que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Esta configura-se como a grande política pública de saúde do Brasil, a qual ramifica-se em várias outras políticas, ações e programas dos mais diferentes segmentos (Brasil, 1990a).

Em 1990 a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. O ECA estabelece a responsabilidade do Estado e da sociedade na proteção de crianças e adolescentes contra todas as formas de abuso, exploração e violência, incluindo a violência sexual. A lei também assegura o direito a serviços especializados para as vítimas, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) (Brasil, 1990b).

A Lei nº 9.970, de 17 de maio de 2000, institui o 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Esta data foi escolhida em razão do assassinato brutal de uma menina de 8 anos, Araceli Cabrera Crespo, ocorrido em Vitória, Espírito Santo, em 1973. A criança foi sequestrada, violentada e cruelmente assassinada, tendo seu corpo encontrado seis dias depois, carbonizado, enquanto seus agressores jamais foram punidos (Brasil, 2015).

A repercussão desse caso e a intensa mobilização do movimento em defesa dos direitos de crianças e adolescentes foram fundamentais para que o 18 de maio fosse reconhecido como uma data de conscientização e combate a essas formas de violência. Desde a promulgação da Lei nº 9.970/2000, o dia passou a ser um marco para a mobilização social em todo o Brasil, com o intuito de sensibilizar a população sobre a gravidade do abuso e da exploração sexual de menores e promover ações de enfrentamento dessa problemática.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) foi instituída no Brasil no ano de 2004. Seu propósito institucional consiste na oferta de cuidados completos à saúde das mulheres, promovendo sua autonomia e integração social. A política traz ênfase na prevenção, assistência e recuperação da saúde em todas as fases da vida, com ênfase nas atividades de saúde prestadas na atenção primária (Brasil, 2004).

A Lei Federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, institui mecanismos para combater a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo medidas protetivas de urgência e ampliando o acesso das mulheres a serviços de saúde, assistência social, segurança e justiça. A Lei Maria da Penha também inclui medidas que protegem as mulheres vítimas de violência sexual no contexto familiar e doméstico (Brasil, 2006).

O Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), instituído pelo governo brasileiro em 2009, aborda as questões de violência sexual contra mulheres e crianças com uma perspectiva abrangente, reconhecendo essa forma de violência como uma grave violação dos direitos humanos. O programa propõe a implementação de políticas públicas que busquem a prevenção, o atendimento especializado e a assistência integral às vítimas, com o objetivo de combater a impunidade e promover o acesso à justiça (Brasil, 2009).

Para as mulheres, o PNDH-3 reforça a necessidade de políticas específicas de proteção e de fortalecimento da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, além de incentivar a criação de serviços especializados em saúde, segurança e assistência social. No que se refere às crianças e adolescentes, o programa enfatiza a necessidade de garantir a proteção integral, propondo ações voltadas à prevenção e ao combate à exploração sexual, ao abuso sexual e ao tráfico de crianças e adolescentes (Brasil, 2009).

O PNDH-3 também destaca a importância de campanhas educativas e da formação de profissionais para uma abordagem sensível e eficaz no atendimento às vítimas, além de garantir a responsabilização dos agressores e o acesso das vítimas a mecanismos de reparação e justiça (Brasil, 2009).

Em 2010, foi instituída pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com o intuito de estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações direcionadas à prevenção e ao combate à violência contra este grupo, além de promover a assistência e a garantia dos direitos das mulheres em situação de violência, em conformidade com as normas e instrumentos legais vigentes. (Brasil, 2010a).

Dentre os princípios que norteiam essa política, destacam-se a igualdade e o respeito à diversidade, a equidade e a autonomia das mulheres, fundamentais para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. O objetivo central da política é enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres, a partir de uma perspectiva de gênero e de uma abordagem integral desse fenômeno, buscando compreender as múltiplas dimensões que envolvem as diversas manifestações de violência (Brasil, 2010a).

Entre as prioridades estabelecidas pela política, destaca-se a promoção de ações preventivas que visam combater todas as formas de violência contra as mulheres, tanto nos espaços públicos quanto nos privados, reconhecendo a violência como um problema estrutural que demanda uma resposta coordenada e abrangente (Brasil, 2010a).

Em 2013 foi instituído o Decreto Presidencial nº 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013a). No mesmo ano foi sancionada no Brasil a Lei nº 12.845 de 01 de agosto do respectivo ano, conhecida como a “Lei do Minuto Seguinte”. Esta normativa dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, configurando-se como um marco importante na proteção e no atendimento às vítimas deste tipo de violência no país. A lei também exige a notificação compulsória dos casos de violência sexual. (Brasil, 2013b).

A lei estabelece que as instituições hospitalares têm a obrigatoriedade de oferecer às vítimas de violência sexual um atendimento emergencial, multidisciplinar e gratuito, com amparo médico, psicológico e social imediatos. Esse atendimento deve incluir a realização de exames, profilaxia da gravidez e Infecções Sexualmente Transmissíveis, colaboração com os órgãos de medicina legal e delegacias. Além disso, a lei prevê o encaminhamento das vítimas para os serviços de assistência social, quando necessário (Brasil, 2013a).

Já a Lei nº 13.431 de 04 de abril de 2017 estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. A normativa estabelece as diretrizes para a escuta protegida de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, incluindo a violência sexual, e regulamenta o atendimento especializado para esses casos (Brasil, 2017).

O Programa “Mulher, Viver sem Violência”, lançado em 13 de março de 2013, tem como objetivo integrar e expandir os serviços públicos destinados às mulheres em situação de violência, por meio da articulação dos atendimentos especializados nas áreas de saúde, justiça, segurança pública, assistência social e promoção da autonomia financeira.

Este programa foi consolidado como uma iniciativa de governo com o Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. O Programa Mulher, Viver sem Violência é estruturado em vários eixos estratégicos, que incluem a implementação da Casa da Mulher Brasileira, a ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, a organização e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual (Brasil, 2024c)

No Ceará tem-se a Rede Estadual de Prevenção e Proteção às Mulheres, às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Violência no Ceará. Esta Rede tem por propósito

acolher, orientar e dar o apoio necessário em tempo hábil a pessoas em situação de violência sexual e/ou doméstica no âmbito das instituições públicas de saúde (hospitais, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, Unidades Básicas de Saúde - UBS, dentre outras) (Ceará, 2021).

Segundo sua portaria de criação, a Rede é composta pelo Comitê Estadual, pelos pontos de atenção designados como Serviços de Referência e por todos os segmentos da sociedade diretamente envolvidos com o tema em questão, constituindo, assim, uma malha de atuação intersetorial de forma descentralizadas nas cinco Regiões de Saúde do Estado (Ceará, 2022a).

Em 2023 é sancionada pelo Governo Elmano a Secretaria das Mulheres do Ceará, através da Lei Estadual nº18.310 de 17 de fevereiro de 2023. A secretaria de Estado tem como competências principais a formulação, implementação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas para garantir os direitos humanos das mulheres, com foco na prevenção e combate à violência, discriminação e opressão (Ceará, 2023a).

Ela desenvolve ações de promoção da equidade de gênero, incluindo campanhas educativas e projetos de capacitação, além de apoiar a inclusão social e autonomia econômica das mulheres de baixa renda. A Secretaria também fortalece os serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência, articula com a sociedade civil e implementa planos nacionais e políticas estaduais voltadas aos direitos das mulheres (Ceará, 2023a).

Adicionalmente, promove o fortalecimento de organizações populares de mulheres, acompanha a aplicação da legislação de igualdade de gênero, e articula políticas de saúde, empreendedorismo e participação social, visando garantir a autonomia e o empoderamento feminino (Ceará, 2023a).

A “Casa da Mulher Cearense” é uma iniciativa inspirada na “Casa da Mulher Brasileira”, composta por três unidades localizadas nos municípios de Juazeiro do Norte, Mombaça, Quixadá e Sobral. Sob a coordenação da Secretaria das Mulheres do governo do Estado do Ceará, essas casas oferecem um serviço de proteção e atendimento humanizado para este grupo em situação de violência. As unidades funcionam com uma abordagem multidisciplinar, composta por assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais, e atuam de forma integrada com órgãos da Justiça, promovendo a quebra do ciclo de violência.

As Casas oferecem ainda cursos de capacitação profissional, alternativas de abrigo temporário e apoio à autonomia econômica das vítimas, além de fornecer um espaço infantil para as crianças que acompanham as mães no atendimento. O serviço está disponível 24 horas por dia, todos os dias da semana (Ceará, 2023b).

O programa “Ceará por Elas” é uma iniciativa do Governo do Estado em parceria com os municípios, visando fortalecer as políticas públicas para mulheres através de uma abordagem integrada e articulada. Dividido em três eixos – “Mulher Segura”, “Mulher Protagonista” e “Mulher Empreendedora” –, o programa busca a implementação de estratégias unificadas que garantam a ampliação e otimização dos serviços públicos destinados à proteção, empoderamento e autonomia das mulheres. O eixo “Mulher Segura” enfoca o enfrentamento à violência, citando especificamente a violência sexual (Ceará, 2024a).

Para apoiar os municípios, o Estado oferece recursos como viaturas da Patrulha Maria da Penha, kits Athena, capacitação contínua para profissionais e aprimoramento da plataforma Athena, essencial para a coleta e análise de dados das políticas públicas. O programa já conta com a adesão de 136 municípios cearenses e implementa dez principais estratégias em diversas áreas, buscando, assim, fortalecer a rede de apoio às mulheres e garantir mais oportunidades de participação, autonomia e segurança. O apoio estadual inclui também consultorias e apoio técnico para a execução dessas políticas, fortalecendo a articulação entre os diferentes níveis de governo (Ceará, 2024a).

Assim, verifica-se que o governo do estado do Ceará dispõe de diversos equipamentos públicos e iniciativas estaduais voltados para o atendimento das vítimas de violência sexual, entre os quais também se destacam a Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente (DCECA), a Casa da Criança e do Adolescente, o Grupo de Apoio às Vítimas de Violência (GAVV), vinculado ao Batalhão de Policiamento de Prevenção Especializada (BPEsp) da Polícia Militar do Ceará (PMCE), e o Centro de Apoio Operacional da Infância, da Juventude e da Educação (CAOPIJE) do Ministério Público do Estado do Ceará.

As políticas e iniciativas governamentais aqui apresentadas sugerem a possibilidade de uma atuação em rede, articulada e integrada em todo o Estado, visando o atendimento às vítimas de violência sexual. A articulação de diversos equipamentos e iniciativas públicas indica a formação de uma malha de proteção que envolve diferentes setores, como segurança, justiça e assistência social.

Essa perspectiva de rede pode ser ampliada com a inclusão de políticas voltadas à saúde, garantindo que as vítimas recebam o atendimento médico, psicológico e social necessários para a sua recuperação integral. Além disso, as ações estaduais se somam às iniciativas nacionais e aos pactos internacionais assumidos pelo Brasil, reforçando o compromisso do país no enfrentamento da violência sexual e na promoção dos direitos das

mulheres e crianças. A integração dessas políticas locais com as esferas, nacional e internacional, amplia as possibilidades de efetivação de um sistema de proteção robusto e eficaz.

Neste sentido verifica-se a existência de políticas, programas e ações públicas, bem como normativas legais, que buscam atuar sobre o enfrentamento à violência sexual sofrida por mulheres, crianças e adolescentes. Os aspectos supramencionados corroboram com o entendimento de que o combate à violência sexual requer respostas múltiplas e articuladas para seu enfrentamento, sendo necessário que os órgãos públicos atuem de maneira intersetorial na prevenção e condução dos casos em tempo oportuno (Couto *et al.* 2018).

4 A POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ

O capítulo explora os conceitos fundamentais de Regionalização da Saúde e Redes de Atenção à Saúde, ambos essenciais para a organização do SUS no Brasil. A descentralização da gestão e das políticas de saúde, prevista pela Constituição de 1988 e regulamentada por diversas legislações, visa aprimorar a oferta de serviços à população.

O Decreto Federal nº 7.508/2011 detalha como as regiões de saúde são estruturadas, agrupando municípios limítrofes com características culturais, econômicas e sociais comuns, para promover a integração das ações de saúde de forma eficiente e coordenada. Essa organização territorial permite que os serviços de saúde sejam oferecidos de forma mais equitativa, atendendo às necessidades locais, garantindo maior acessibilidade e melhorando a qualidade do atendimento.

A formação das Regiões de Saúde é um passo importante para corrigir as desigualdades no acesso e melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Elas são definidas com base em parâmetros geográficos, demográficos e sociais, buscando integrar os serviços de saúde de forma que atendam a uma população específica e em tempo hábil.

Além disso, o capítulo aborda a Lei nº 17.006/2019 do Ceará, que institui as Regiões de Saúde no estado, delineando sua estruturação e integração com outras políticas públicas, incluindo as áreas socioeconômicas. A legislação cearense reforça a importância da integração das políticas sociais e econômicas com a saúde, estabelecendo mecanismos de controle e avaliação da qualidade dos serviços.

A formação das Redes de Atenção à Saúde visa proporcionar uma abordagem integral e contínua no atendimento à saúde da população, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o ponto central dessa rede, coordenando e direcionando os cuidados para níveis especializados conforme necessário.

Por fim é apresentada a caracterização das cinco regiões de saúde a partir da análise dos seus respectivos Planos de Saúde Regionais 2023-2027, contemplando a análise documental proposta no presente estudo. O objetivo é subsidiar a tomada de decisão a partir dos aspectos regionais e fundamentar a proposta da construção de uma rede de atenção à saúde que some forças ao enfrentamento à violência sexual, considerando as especificidades regionais.

4.1 Apresentando os conceitos de Regionalização da Saúde e de Redes de Atenção à Saúde

Estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90, a descentralização da gestão e das políticas da saúde no Brasil é um dos princípios organizativos do SUS (Brasil, 2023a). O Decreto Federal nº 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, estabelece um novo arranjo para a descentralização, definindo que os serviços prestados permanecerão organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para pacientes definidos.

No entanto, a oferta de ações e serviços do SUS deverá se organizar a partir da constituição das referidas Regiões de Saúde (Brasil, 2023b). O decreto define como Região de Saúde os espaços geográficos contínuos, que são formados por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados.

A finalidade das Regiões de Saúde é integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011b). Portanto, a região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (Brasil, 2010b).

Cada região formada nos estados deverá garantir a integralidade no atendimento através da parceria entre os municípios componentes. Esta organização deverá ser pactuada no âmbito dos espaços de discussão próprios (Comissão Intergestores Regionais - CIR) e firmados no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) (Brasil, 2011b).

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. A partir de sua formalização, as Regiões de Saúde servem de referência para as transferências de recursos entre os entes federativos. Para a concepção da Região de Saúde, os entes federativos definirão seus limites geográficos, a população a ser assistida, o rol de ações e serviços que serão ofertados e as respectivas responsabilidades, os critérios de acessibilidade aos mesmos e a escala para conformação dos serviços (Brasil, 2011b).

Sendo assim, a regionalização constitui uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de Saúde, por meio da organização

funcional do SUS, com definição das responsabilidades dos entes federados, e dos fluxos de referência, para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional. Além dos aspectos relativos ao acesso, eficiência e efetividade, a regionalização fortalece o processo de descentralização, promovendo relações mais cooperativas e solidárias entre os gestores do SUS e qualificando a capacidade de gestão dos sistemas municipais de Saúde (Brasil, 2023c).

No ano de 2019 foi instituída no Ceará a Lei nº 17.006 de 30 de setembro do referido ano, que dispõe sobre a integração, no âmbito do SUS, das ações e dos serviços de saúde em Regiões de Saúde no estado do Ceará. A norma propõe a organização das ações sanitárias com base no aspecto territorial (Ceará, 2019).

Para a Lei nº 17.006/2019, a definição de Regiões de Saúde é:

Art. 2º, inciso I: região de saúde: espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes que, em razão de suas dinâmicas epidemiológicas, geográficas, viárias, de comunicação, ambientais, políticas, socioeconômicas, integram suas ações e seus serviços de saúde com as do Estado em redes de atenção à saúde (Ceará, 2019).

Esta lei aponta ainda que as ações de saúde devem inter-relacionar-se com ações de outros campos, como as políticas de âmbito social e econômico. Também propõe a formalização de uma instância deliberativa, a CIR, bem como alguns instrumentos que formalizam suas deliberações: o Plano de Saúde Regional (formulado para o período de 4 anos) e o Contrato Organizativo da Ação Pública - pactuação das responsabilidades sanitárias entre os municípios participantes- (Ceará, 2019).

O dispositivo legal menciona ainda mecanismos para o controle e avaliação de desempenho e de qualidade dos serviços regionais. Esta lei também afirma que as Regiões de Saúde do Ceará serão definidas pelo Estado, coordenadas pela Secretaria de Saúde estadual. Também afirma que as políticas regionais de saúde devem estar relacionadas com as políticas sociais e econômicas estaduais para melhor efetivação (Ceará, 2019).

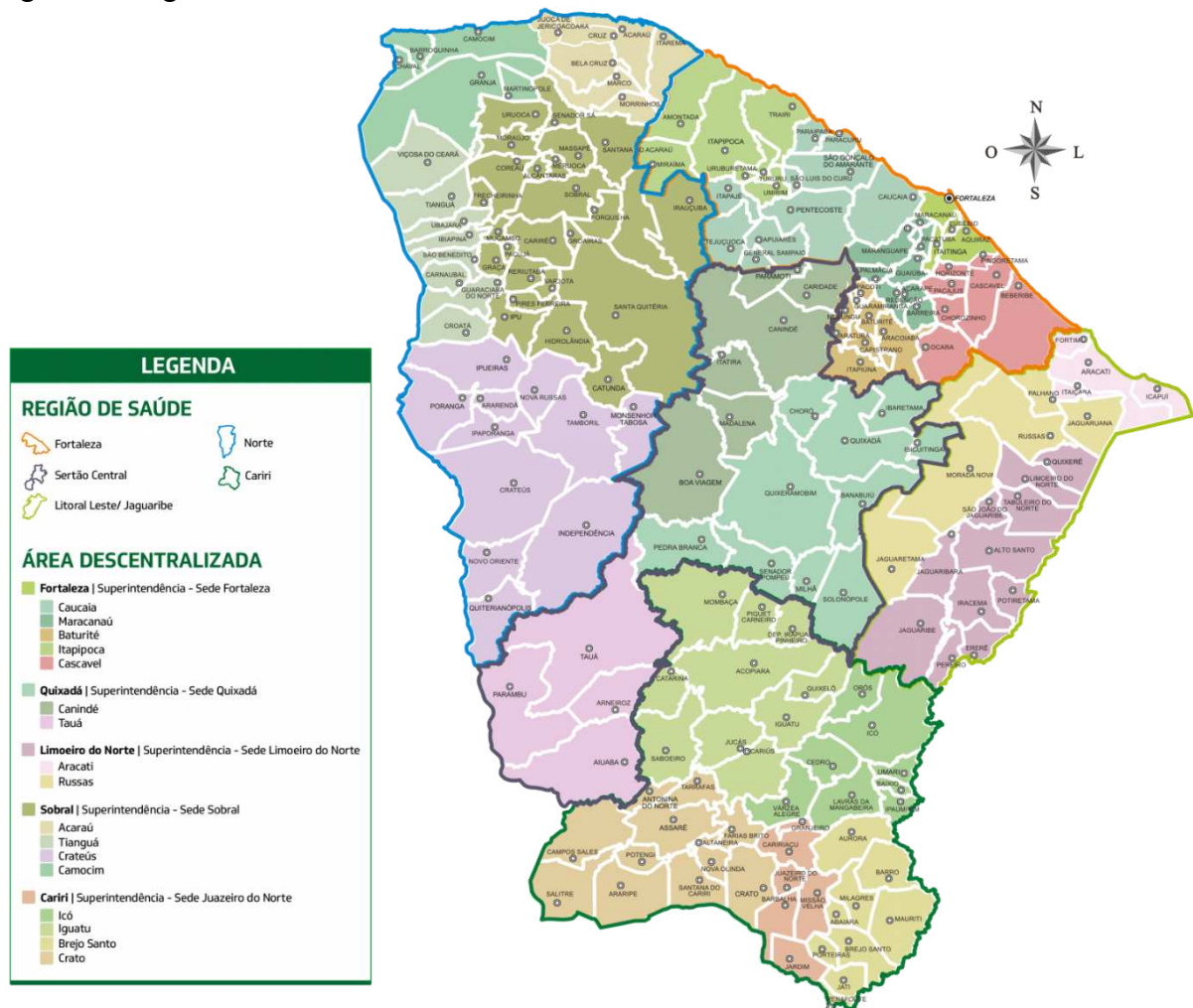
Atualmente, no Ceará as Regiões de Saúde dispõem ainda de Áreas Descentralizadas de Saúde (ADSs), que são subdivisões internas que consistem em agrupamento de municípios. Estas áreas descentralizadas possuem coordenadorias e em síntese são a base da descentralização administrativa da saúde em âmbito estadual. Atualmente o Ceará dispõe de 22 Coordenadorias de Áreas Descentralizadas de Saúde (COADSs), conforme demonstra a Figura 01.

No bojo desta discussão é inevitável abordar a temática de equidade. A promoção da equidade é um dos princípios do SUS e tem relação direta com os conceitos de igualdade e

de justiça social. É orientada pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social. O princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida que impactam diretamente na saúde (Brasil, 2023a).

Além de que a Regionalização é uma importante estratégia para atuar diante de uma das grandes dificuldades da saúde pública: a promoção do acesso aos serviços. Uma Região de Saúde é composta por um agrupamento de municípios situados em um território específico, com a proposta de que esse conjunto, em colaboração com o Estado, seja capaz de alcançar a autossuficiência na maioria dos serviços de saúde. Esse modelo é essencial para assegurar que todas as pessoas, independentemente de seu local de nascimento, tenham acesso pleno aos serviços de saúde previstos no SUS (IEPS, 2023).

Figura 1 - Regiões de Saúde do Estado do Ceará.



Fonte: Ceará (2023c).

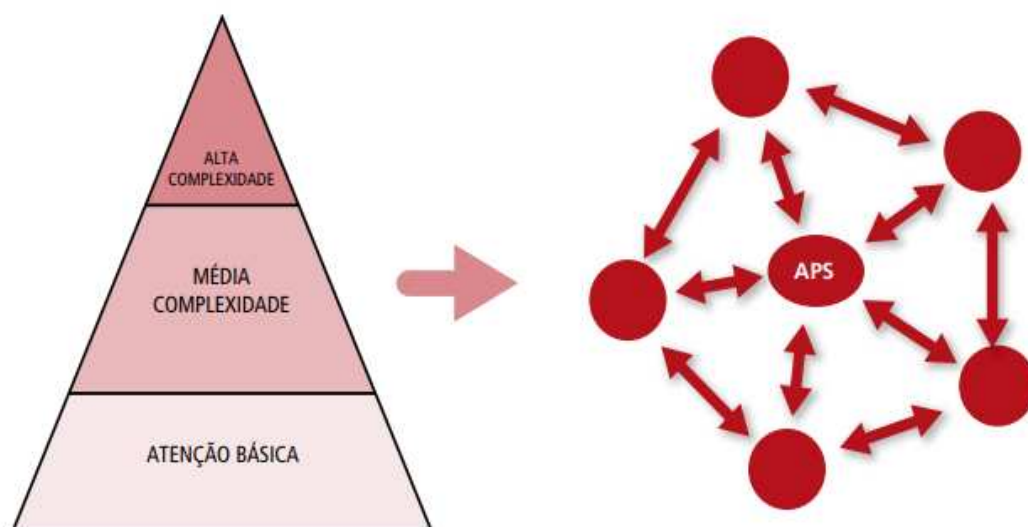
Verifica-se, assim, o desafio de promover equidade por meio de uma política pública. Quando o problema a ser enfrentado é classificado como um *Wicked Problem* ou Problema Perverso, esses desafios se tornam ainda mais complexos (Jacquinet, 2021).

Essa definição é ampliada pela obra de Mendes (2011), que caracteriza as RAS como organizações poliárquicas, com a APS como o núcleo da rede. As RAS possuem três elementos fundamentais: a população sob responsabilidade sanitária, a estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

As RAS surgem como uma estratégia para lidar com o novo perfil de morbidade da sociedade atual, no qual as condições agudas cedem espaço para as doenças crônicas. Essa mudança exige a adaptação dos sistemas de saúde para responder adequadamente a esses novos desafios. A estrutura operacional das RAS é composta pelos diversos pontos de atenção à saúde, ou seja, locais institucionais que oferecem serviços de saúde, interligados por uma rede de comunicação (Brasil, 2010b).

Nesse contexto, a proposta é substituir a concepção tradicional de saúde, organizada em um sistema hierarquizado que envolve atenção básica, média e alta complexidade, pelo modelo das RAS. Nesse modelo, a APS ocupa a posição central, coordenando e orientando o cuidado, referenciando e contrarreferenciando os casos dentro da rede.

Figura 2 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes (2011).

A RAS tem como objetivo integrar as ações e os serviços de saúde, promovendo uma abordagem contínua, integral e humanizada no cuidado à população. Sua principal finalidade é garantir o acesso, a equidade e a eficiência no sistema de saúde, com a APS sendo o ponto central de comunicação e coordenação entre os diferentes níveis de atenção (Brasil, 2010b).

A estrutura da RAS é fundamentada em relações horizontais entre esses níveis de atenção, priorizando as necessidades da população e a responsabilidade compartilhada pelos resultados sanitários. Nesse modelo, a RAS orienta os usuários ao longo dos diversos pontos de atenção à saúde, promovendo a continuidade e a efetividade do cuidado (Brasil, 2010b).

Os pontos de atenção à saúde são locais destinados à oferta de serviços específicos, que variam desde domicílios e UBSs até hospitais e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). Cada um desses espaços desempenha um papel crucial na prestação de cuidados. A APS, enquanto base da rede, é responsável pela resolução dos problemas de saúde comuns e pela coordenação do cuidado ao longo de toda a rede. A integração entre esses pontos é fundamental para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento à população (Brasil, 2010b).

A formulação de intervenções públicas nesse contexto exige a reflexão sobre estratégias que sejam efetivas, eficazes e eficientes, além de promoverem a integração com outras políticas públicas, considerando a natureza intersetorial do problema. As ações planejadas devem estar alinhadas às reais necessidades da sociedade, com o objetivo de gerar impactos positivos a curto, médio e longo prazos.

A Rede Cegonha, instituída em 2011 no Brasil, é um exemplo de como as redes de atenção à saúde funcionam para garantir um atendimento mais integrado e humanizado para gestantes e bebês. Imagine que uma mulher grávida precisa de parto durante a gestação, parto e pós-parto. Na Rede Cegonha, ela tem acesso a uma equipe multidisciplinar que envolve médicos, enfermeiros e assistentes sociais (Brasil, 2011c).

Desde o pré-natal, onde recebe orientações e cuidados, até o momento do parto em uma maternidade preparada, a mulher é acompanhada de perto. Após o nascimento, o cuidado continua com visitas domiciliares para verificar a saúde do bebê e apoiar a mãe. Dessa forma, a Rede Cegonha garante que todos os serviços de saúde necessários estejam conectados, facilitando o acesso (Brasil, 2021b).

A implementação da Rede Cegonha em uma região de saúde envolve uma gestão integrada e colaborativa entre diferentes esferas de governo e instituições de saúde. As gestões municipais e estaduais trabalham juntas para estabelecer protocolos de atendimento,

capacitar profissionais e garantir a disponibilidade de recursos, como materiais e equipamentos necessários para o pré-natal, parto e pós-parto. Além disso, são criadas estratégias para monitorar e avaliar continuamente a qualidade dos serviços prestados, permitindo ajustes conforme as necessidades da população (Brasil, 2011c).

A gestão também fomenta a articulação entre unidades de saúde, hospitais e serviços sociais, garantindo que gestantes e recém-nascidos tenham acesso a uma rede de suporte abrangente. Com isso, a Rede Cegonha se torna um sistema coeso que não apenas promove a saúde materno-infantil, mas também fortalece a atenção básica, a redução de desigualdades e a melhoria dos indicadores de saúde na região (Brasil, 2011c).

4.2 Planos de Saúde Regionais: Análise das Características Regionais e Estruturas de Saúde - Aspectos Territoriais, Sociais, Econômicos, Demográficos e Estratégias de Ação

Os Planos de Saúde Regionais advêm de uma iniciativa estratégica que visa aprimorar o sistema de saúde no Ceará, promovendo justiça, eficiência e acessibilidade. Segundo constam nos documentos, a elaboração dos planos foi conduzida de maneira participativa, por meio de oficinas que envolveram diversos atores sociais na identificação de problemas e definição de prioridades de saúde para a região (Ceará, 2023c).

O processo começou em 2021, com apoio do Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), e contou com a formação de um Grupo Técnico Regional (GTR) composto por representantes de várias entidades e órgãos de saúde. A estrutura do plano foi orientada pelas Redes Temáticas e Linhas de Cuidados prioritárias do Plano Estadual de Saúde (PES 2020-2023), abrangendo áreas como Atenção Primária, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Atenção Materno-Infantil, Atenção Psicossocial, e Urgência e Emergência (Ceará, 2023c).

A elaboração do Plano de Saúde Regional (PSR) considerou diversos fatores essenciais, como: as necessidades de saúde regionais, as medidas para superar desigualdades e reduzir disparidades regionais, a identificação de vazios assistenciais, a qualificação da assistência, a avaliação dos serviços de saúde públicos e privados e os dados do mapa da saúde. Também foram levadas em conta as diretrizes nacionais e estaduais de saúde, o desenvolvimento dos sistemas regionais de informações em saúde e o registro de dados dos usuários, além dos planos e projetos governamentais estratégicos e das articulações intersetoriais relacionadas à saúde (Ceará, 2023c).

Entre os principais produtos das oficinas estão a análise situacional da saúde, identificação dos macroproblemas, definição das prioridades sanitárias, e a organização dos pontos de atenção das RAS. Também foi criada a programação regional das ações e serviços e a elaboração de diretrizes, objetivos, metas e indicadores por meio da Matriz DOMI (diretrizes, objetivos, metas e indicadores), baseando-se nos macroproblemas identificados para cada região (Ceará, 2023c).

Ainda foram institucionalizados os cinco Comitês de Apoio à Governança Regional da Saúde (CGRSs) para cada Superintendência Regional. Os CGRSs têm a missão de monitorar e garantir a execução do plano, com reuniões mensais e pautas definidas conforme as necessidades do Plano de Saúde Regional (Ceará, 2023c).

Após análise dos cinco documentos, verifica-se que os mesmos apresentam informações importantes sobre as características de cada região, como: aspectos territoriais, perfil sociodemográfico, diagnóstico da situação de saúde regional, análise da oferta das ações e serviços, a estrutura da coordenação regional, a matriz estratégica contendo as prioridades regionais e os planos de ação contendo diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

O planejamento regional, conforme refletido na elaboração dos documentos analisados, demonstra um esforço em mapear as especificidades de cada região, levando em consideração aspectos territoriais, sociodemográficos e de saúde. Esse processo se evidencia na análise detalhada da situação de saúde, permitindo a identificação das necessidades locais e a oferta de serviços existentes.

A construção de uma matriz estratégica com as prioridades regionais é um ponto relevante, pois ela orienta as ações a serem realizadas, alinhadas com as diretrizes nacionais e estaduais. Além disso, os planos de ação delineados nos documentos apresentam diretrizes, objetivos, metas e indicadores, visando garantir a execução eficiente das estratégias propostas.

A seguir foram apresentadas as principais características de cada região de saúde, de acordo com o conteúdo de seu respectivo plano regional. Esta caracterização tem por propósito servir de base na construção da rede de enfrentamento aos crimes sexuais de forma regionalizada, de acordo com as especificidades de cada território.

4.2.1 Características da Região de Saúde Fortaleza

A região é composta por 44 municípios, incluindo a capital do Estado, Fortaleza. De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2021, esses municípios abrigam 53% da população total do Ceará, totalizando 4.852.513

habitantes, sendo 2.703.391 residentes na capital. Em termos de porte populacional, 19 municípios são classificados como de pequeno porte (menos de 25 mil habitantes), 23 como de médio porte (entre 25 mil e 100 mil habitantes), e 5 como de grande porte (acima de 100 mil habitantes).

Figura 3 - Mapa da Região de Saúde Fortaleza (SRFOR) e sua divisão por ADS, 2023.



Fonte: Ceará (2023c).

No que diz respeito aos aspectos demográficos, observa-se uma leve predominância do sexo feminino, com 52,10% da população, e uma concentração de 75,30% de habitantes em áreas urbanas. A dependência do SUS na região é significativa, com 89,42% da população dependente dos serviços públicos de saúde. O Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) varia de 12,89 a 65,50 entre os municípios, enquanto o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) oscila entre 0,57 e 0,75.

Aproximadamente 32% da população vive em situação de extrema pobreza, com destaque para as cidades de Aratuba (62%), Tejuçuoca (60,40%) e Tururu (59,90%), contrastando com os municípios de Horizonte (18,50%), Pacajus (25,30%) e Itaitinga (26,20%). Em relação à educação, a taxa de escolarização no ensino médio apresentou uma

redução nos municípios da região entre 2011 e 2015, com 79,55% dos municípios registrando uma queda.

No que se refere à infraestrutura básica, 38 municípios apresentam uma cobertura superior a 95% de abastecimento de água adequado por domicílio, enquanto 6 municípios apresentam taxas entre 85% e 95%. No entanto, nenhum município alcança uma cobertura de esgotamento sanitário superior a 85%, e oito municípios possuem uma cobertura inferior a 20%.

Os valores do Produto Interno Bruto (PIB) de 2020 variam significativamente entre os municípios da região. Fortaleza, Maracanaú e Caucaia estão entre os maiores PIBs da região, enquanto Guaramiranga, General Sampaio e Miraíma ocupam as últimas posições.

No que tange à cobertura da atenção primária, 16 municípios possuem cobertura de 100% em 2023, enquanto um município apresenta cobertura inferior a 70%. Os demais municípios variam entre 70% e 100% de cobertura. A região conta com 1.470 unidades de atenção primária à saúde e 24 UPAS 24h, com pelo menos uma por ADS.

A infraestrutura hospitalar inclui 9 hospitais estaduais, sendo um especializado em pediatria, um em psiquiatria e um em cardiologia; 20 hospitais polos com atendimentos diversos, como clínica médica, pediatria, obstetrícia e saúde mental; e 5 policlínicas regionais.

A Força de Trabalho no SUS é composta por 4.166 médicos, 3.989 enfermeiros, 382 psicólogos, 526 assistentes sociais, 4.729 técnicos de enfermagem e 2.514 Agentes Comunitários de Saúde. Em termos de Educação Permanente em Saúde, a região conta com 68 instituições formadoras que oferecem cursos na área da saúde.

As principais instâncias de governança regional são a CIR e o CGRS. A CIR tem como objetivo a pactuação da gestão compartilhada do SUS nos aspectos operacionais, administrativos e financeiros, além de organizar e coordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo a integralidade e continuidade das ações. O CGRS, por sua vez, é um órgão colegiado de apoio à CIR, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e elaboração de propostas para garantir o funcionamento adequado das RAS, bem como acompanhar as metas e indicadores pactuados, encaminhando recomendações à CIR.

Entre as prioridades sanitárias da região, destacam-se a redução da mortalidade materna e infantil; a estruturação dos componentes da rede de cuidados à pessoa com deficiência; a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da rede de atenção às urgências; a articulação da linha de cuidado às doenças crônicas não transmissíveis; e a estruturação da linha de cuidado ao paciente oncológico.

Embora a violência sexual não figure como um tema específico nas prioridades sanitárias e na Matriz DOMI, observa-se uma meta relacionada à redução da mortalidade por causas externas, que deverá passar de 86,6% em 2021 para 76,1% até 2027. O óbito por causa externa, também denominado óbito de causa não natural, inclui as mortes decorrentes de lesões provocadas por violência, tais como homicídios, suicídios, acidentes ou mortes de causas suspeitas.

4.2.2 Características da Região de Saúde Norte/Sobral

A região é composta por 55 municípios, os quais abrigam 18,15% da população total do estado do Ceará, totalizando 1.667.641 habitantes, conforme estimativas do IBGE para 2021. Em relação aos aspectos demográficos, observa-se uma ligeira predominância do sexo feminino, com 52,87% da população. Quanto à classificação dos municípios por porte populacional, 32 são de pequeno porte (menos de 25 mil habitantes), 22 são de médio porte (entre 25 mil e 100 mil habitantes) e 1 é de grande porte (acima de 100 mil habitantes).

Figura 4 - Mapa da Região de Saúde Norte (SRNOR) e sua divisão por ADS, 2023.



Fonte: Ceará (2023c).

No que se refere à infraestrutura básica, a taxa de abastecimento de água adequado por domicílio para o ano de 2021 atinge 66,76% de cobertura territorial na região. Já a taxa de cobertura de esgotamento sanitário é de 23,24%.

Em relação à atenção primária à saúde, a cobertura na região alcança 98,55%, com a presença de 660 equipes da Estratégia Saúde da Família. A região conta ainda com 8 hospitais polos, 3 hospitais estratégicos e 38 hospitais de pequeno porte. Além disso, dispõe de 7 policlínicas regionais. No que tange à Força de Trabalho no SUS, a região conta com 667 médicos de família, 2.955 enfermeiros, 347 psicólogos, 317 assistentes sociais, 3.830 técnicos de enfermagem e 3.838 Agentes Comunitários de Saúde.

Quanto à Educação Permanente em Saúde, a região dispõe de um Núcleo Regional de Educação Permanente em Saúde (NUREPS) e 7 Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde (NUMEPS). No que se refere à governança regional, as principais instâncias de pactuação são a CIR e o CGRS.

Entre as prioridades sanitárias da região, destacam-se: a redução da mortalidade materna e infantil; a ampliação, qualificação e descentralização dos serviços de urgência e emergência; a qualificação e ampliação da RAPS; a implantação e expansão dos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; a qualificação da linha de cuidado na APS; e a implantação de serviços de oncologia na região.

Registra-se que os processos de monitoramento e a avaliação do Plano de Saúde Regional serão realizados trimestralmente pelo Comitê de Apoio à Governança Regional, com o objetivo de discutir indicadores, parâmetros e resultados esperados, utilizando os sistemas de informação vigentes. Os resultados serão consolidados em relatórios quadrimestrais e anuais, acompanhados de recomendações à gestão, e apresentados nas instâncias colegiadas da CIR e no Comitê de Governança Regional.

No entanto, na temática da violência sexual, não foram identificados elementos específicos, seja nos dados de caracterização da região, seja nas prioridades sanitárias. Além disso, o plano não inclui informações sobre a população SUS-dependente, vazios assistenciais, instituições formadoras na área da saúde, indicadores sociodemográficos (como PIB, IDM, IDH), nem o Plano de Ação na Matriz DOMI.

4.2.3 Características da Região de Saúde do Sertão Central

A região é composta por 20 municípios, os quais abrigam 7,09% da população total do estado, somando 655.267 habitantes, conforme estimativas do IBGE para 2021. Quanto ao porte populacional, 9 municípios são de pequeno porte (menos de 25 mil habitantes) e 11 são de médio porte (entre 25 mil e 100 mil habitantes), não havendo municípios de grande porte (acima de 100 mil habitantes).

municípios, sendo Quixeramobim, Quixadá, Canindé, Boa Viagem e Pedra Branca os que figuram nas primeiras colocações do ranking regional.

No que diz respeito à atenção primária à saúde, a região apresenta uma cobertura de 90,46% dos serviços primários, com 235 Equipes de Saúde da Família. A infraestrutura da saúde inclui 4 UPAs 24h, 5 hospitais polos, 4 hospitais estratégicos, 9 hospitais de pequeno porte e 1 hospital terciário. Além disso, a região conta com 3 policlínicas regionais.

Destaca-se ainda a presença de 3 centros de saúde sexual e reprodutiva, situados nos municípios de Banabuiú, Quixadá (que oferece serviço de atendimento a vítimas de violência sexual) e Parambu. Quanto à governança regional, a CIR e o CGRS são as principais instâncias de pactuação.

As prioridades sanitárias da região incluem: redução da mortalidade materno-infantil; ampliação dos serviços especializados da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RPCD); qualificação e ampliação da RAPS; implantação de acesso aos serviços de atenção em traumatologia no Sertão Central; ampliação e qualificação dos serviços de urgência e emergência; qualificação da linha de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS); e implantação de serviços de referência em oncologia.

O monitoramento e avaliação do plano serão conduzidos pelo Comitê de Apoio à Governança Regional, com suporte técnico da Superintendência e das Áreas Descentralizadas de Saúde. Os resultados serão apresentados por meio de relatórios de gestão quadrimestrais e anuais, que serão submetidos às instâncias colegiadas da CIR.

Entretanto, no que tange à temática de violência sexual, não são encontrados elementos específicos nas prioridades sanitárias ou na Matriz DOMI. Além disso, o plano não apresenta informações sobre vazios assistenciais, população em extrema pobreza, instituições formadoras na área da saúde, ou o quantitativo de profissionais da Força de Trabalho no SUS, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

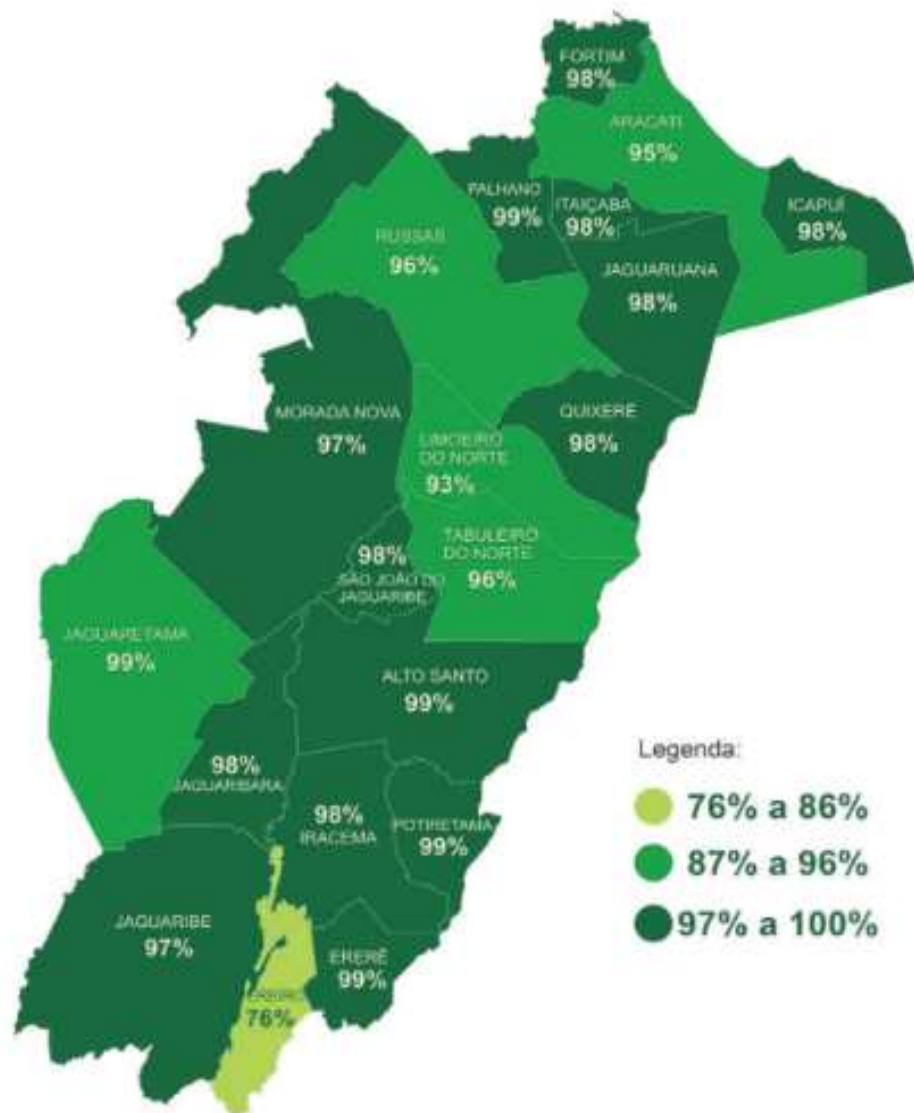
4.2.4 Características da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe

A região é composta por 20 municípios, que abrigam 5,97% da população estadual, totalizando 551.911 habitantes, conforme estimativas do IBGE para 2021. Quanto à classificação por porte populacional, 13 municípios são de pequeno porte (com menos de 25 mil habitantes) e 7 de médio porte (entre 25 mil e 100 mil habitantes), não havendo nenhum município de grande porte (acima de 100 mil habitantes).

Em relação aos aspectos demográficos, observa-se uma leve predominância do sexo masculino, com 50,65%, destacando-se que em 35% dos municípios (Alto Santo, Ereré, Icapuí, Jaguaritama, Palhano, Potiretama e Quixeré), o número de homens supera o de mulheres. A população da região é predominantemente economicamente ativa, com maior concentração nas faixas etárias de 20 a 59 anos.

Aproximadamente 95,89% da população depende do SUS. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) varia entre 0,601 e 0,682, com dados de 2010, enquanto a taxa de escolarização líquida no ensino médio varia entre 35% e 75% nos municípios da região, conforme dados de 2015. O abastecimento de água varia de menos de 60% em Potiretama a mais de 90% em São João do Jaguaribe. Quanto à cobertura de esgotamento sanitário, apenas dois municípios apresentam cobertura superior a 40%, e a maioria dos municípios possui cobertura inferior a 40%.

Figura 6 - Mapa - População SUS dependente da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe (SRLES), 2023.



Fonte: Ceará (2023c).

Em relação à atenção primária à saúde, a cobertura da região é de 96,37%. A infraestrutura de saúde conta com 23 hospitais, 4 UPAs 24h, sendo uma por ADS, 4 hospitais polos e 4 policlínicas regionais. A força de trabalho no SUS é composta por 1.101 médicos, 968 enfermeiros, 134 psicólogos e 127 assistentes sociais.

No que tange aos vazios assistenciais, a região enfrenta uma demanda frequente por serviços de média e alta complexidade em Fortaleza, especialmente para maternidades de alto risco, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) neonatal e pediátrica, além de unidades de trauma e emergência, o que evidencia uma insuficiência na oferta local desses serviços.

A estruturação da RAS visa a organização mais eficiente e acessível dos serviços, embora ainda existam lacunas, especialmente nas Redes Materno-Infantil e de Urgência e

Emergência, além da necessidade de expandir a rede psicossocial e os serviços para pessoas com deficiência.

As instâncias de governança regional incluem a CIR e o CGRS, além do Fórum Regional de Conselheiros Municipais de Saúde e o Comitê de Políticas Intersectoriais de Promoção à Saúde.

As prioridades sanitárias da região envolvem a estruturação da rede de cuidado materno-infantil na atenção primária, a qualificação da Rede de Urgência e Emergência, a articulação para a construção da Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica, a estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial.

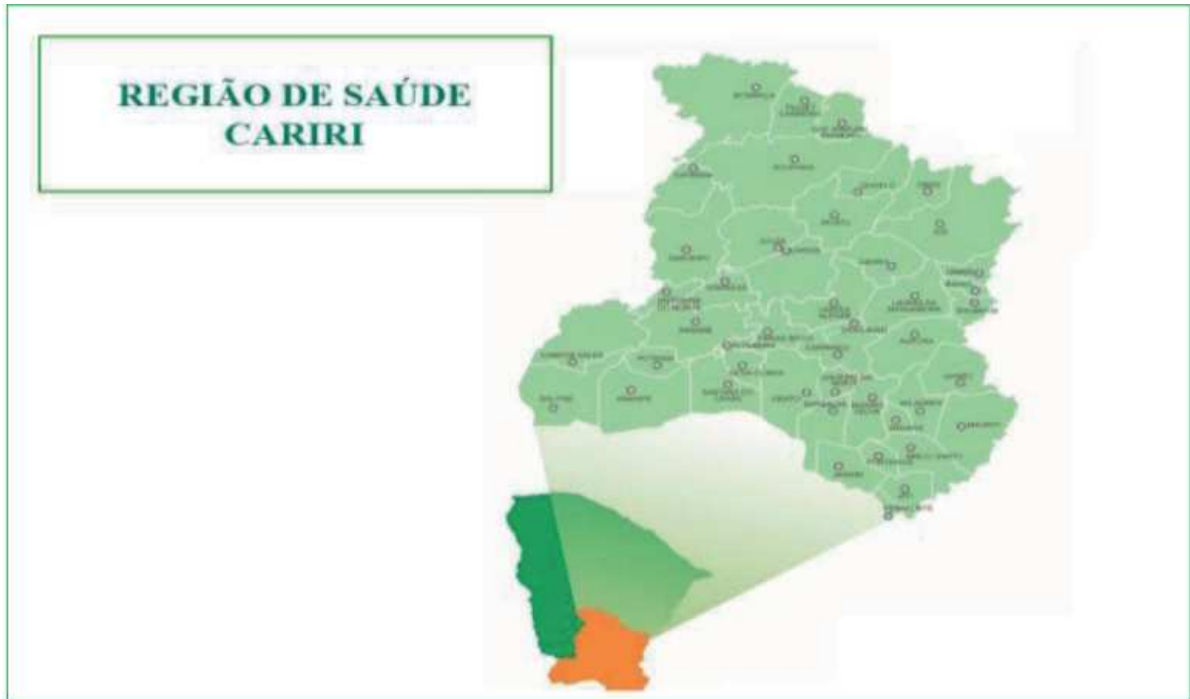
O PSR da região aponta como desafio a barreira territorial, que resulta na busca frequente por serviços especializados em Fortaleza, principalmente nas áreas de média e alta complexidade.

Não foram identificados elementos específicos sobre violência sexual nas prioridades sanitárias ou na Matriz DOMI. Além disso, o plano não contém informações sobre a população em extrema pobreza, o número de unidades básicas de saúde, o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) e PIB por município, as instituições formadoras na área da saúde, nem o quantitativo de profissionais de saúde no SUS, como técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

4.2.5 Características da Região de Saúde Sul-Cariri

A região é composta por 45 municípios, os quais abrigam 15,63% da população do estado, totalizando 1.447.709 habitantes, conforme dados do IBGE (2022). Em termos de porte populacional, 28 municípios são de pequeno porte (com menos de 25 mil habitantes), 14 são de médio porte (entre 25 mil e 100 mil habitantes), e 3 são de grande porte (com mais de 100 mil habitantes).

Figura 7 - Mapa da Região de Saúde Sul/Cariri (SRSUL), 2023.



Fonte: Ceará (2023c).

A distribuição etária da população é predominantemente de adultos jovens, com uma predominância do sexo masculino até os 19 anos, enquanto o sexo feminino apresenta maior percentual a partir dessa faixa etária. O IDHM da região varia entre 0,540 e 0,694, com os municípios de Barbalha, Crato, Iguatu e Juazeiro do Norte destacando-se com os maiores PIBs e IDHMs.

Em relação ao saneamento básico, o município de Brejo Santo apresenta a maior cobertura, com 59,7%, enquanto Baixio possui a menor, com apenas 1,5%, conforme dados de 2010 do IBGE. A cobertura da atenção primária na região é de 91,86%, com 590 Equipes de Saúde da Família, além de 4 UPAs 24h, 4 hospitais terciários, 13 hospitais polos, 12 hospitais estratégicos e 27 hospitais de pequeno porte. A região conta ainda com 6 policlínicas regionais e 286 médicos de família.

Em termos de educação permanente, há 49 instituições formadoras na área da saúde e um NUREPS, além de 11 NUMEPS. As instâncias de governança regional incluem a CIR e o CGRS, além de 7 câmaras técnicas e 4 subcomissões regionais. Os vazios assistenciais identificados envolvem a falta de leitos de neonatologia, clínica cirúrgica, enfermarias e UTI, bem como a escassez de alguns procedimentos diagnósticos, clínicos e cirúrgicos, e a carência de especialidades médicas e programas específicos, como Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) e Ostomias.

A região Sul enfrenta como macroproblema o aumento da violência, especialmente contra a mulher, com destaque para o feminicídio. Entre as prioridades sanitárias estão a redução da mortalidade materno-infantil, a diminuição da morbimortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e por causas externas, com foco no feminicídio, e a implementação da RAPS e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

No âmbito da Matriz DOMI, a Meta nº 2 do Objetivo 06, que visa reduzir a morbimortalidade por causas externas com ênfase no feminicídio, busca notificar 20% das ocorrências até 2024, 50% até 2025, 80% até 2026 e 100% até 2027.

No entanto, o plano não apresenta informações sobre a população dependente do SUS, a população em extrema pobreza, a taxa de escolarização do ensino médio, a cobertura de abastecimento adequado de água, o número de unidades de saúde, o IDM e PIB por município, nem sobre o quantitativo de profissionais de saúde no SUS, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

4.3 Síntese da análise dos Planos de Saúde Regionais

Com base nas informações fornecidas, é possível identificar características específicas de cada região do Estado do Ceará que devem ser levadas em consideração no desenvolvimento de uma política de enfrentamento à violência sexual de forma regionalizada, qualificando o atendimento de saúde às vítimas. Abaixo, apresento uma análise-síntese dessas características para cada uma das regiões mencionadas, de acordo com as informações constantes em seus respectivos Planos de Saúde Regionais:

A Região de Saúde Fortaleza, encontra-se em primeiro lugar em número de residentes. A cobertura da atenção primária à saúde é alta, com a maioria dos municípios apresentando cobertura de 100%. A infraestrutura de saúde inclui hospitais estaduais, UPAs e policlínicas, com uma força de trabalho significativa no SUS.

Embora a violência sexual não seja um tema específico nas prioridades sanitárias ou na Matriz DOMI da região, a redução da mortalidade por causas externas, que inclui lesões provocadas por violência, é uma meta relevante. A alta concentração de serviços de saúde em Fortaleza também é um fator importante, pois pode facilitar o acesso das vítimas de violência sexual a serviços especializados.

A Região de Saúde Sobral encontra-se em segundo lugar em número de residentes. A cobertura de abastecimento de água e esgotamento sanitário é desigual, o que

pode impactar a saúde pública, incluindo o atendimento a vítimas de violência sexual, que podem ter maior vulnerabilidade em áreas com saneamento precário.

A cobertura da APS é de 98,55%, e a região conta com uma rede de serviços de saúde bem estruturada, incluindo hospitais, UPAs e policlínicas regionais. A força de trabalho no SUS é robusta, com uma grande quantidade de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. No entanto, assim como nas outras regiões, a violência sexual não é explicitamente abordada nas prioridades sanitárias ou na Matriz DOMI, o que indica a necessidade de integrar essa questão às políticas de saúde pública.

A Região de Saúde Sul/Cariri encontra-se em terceiro lugar em número de residentes. O acesso aos serviços de saúde é razoavelmente bem estruturado, com uma cobertura de 91,86% da APS e uma infraestrutura hospitalar que inclui hospitais de diferentes portes, UPAs e policlínicas regionais.

No entanto, a região enfrenta vazios assistenciais em áreas como neonatologia, clínicas cirúrgicas e UTI, o que compromete a oferta de cuidados especializados, especialmente em situações de violência sexual, que muitas vezes exigem atendimento emergencial e especializado.

Além disso, a região enfrenta um aumento da violência, particularmente o feminicídio, sendo este um dos macroproblemas da área. A redução da morbimortalidade por causas externas, com foco no feminicídio, é uma das prioridades sanitárias, o que pode ser integrado ao enfrentamento da violência sexual.

A qualificação da RAPS e a implementação de uma rede de cuidados à pessoa com deficiência também são áreas de destaque, pois podem contribuir para o atendimento integral das vítimas de violência sexual, que muitas vezes apresentam necessidades psicossociais complexas.

A Região de Saúde do Sertão Central encontra-se em quarto lugar em número de residentes. O IDHM da região varia entre 0,56 e 0,63, sendo que alguns municípios apresentam valores abaixo da média estadual, o que pode indicar desafios adicionais no acesso à saúde e a serviços de apoio às vítimas de violência sexual.

A cobertura da APS é de 90,46%, e a infraestrutura inclui hospitais, UPAs e policlínicas regionais. A presença de centros de saúde sexual e reprodutiva em alguns municípios, como Quixadá, que oferece atendimento específico a vítimas de violência sexual, é uma iniciativa positiva, podendo ser considerado como pontos estratégicos para atender a demanda da região.

Não há elementos específicos sobre violência sexual nas prioridades sanitárias ou na Matriz DOMI. Isso indica que a violência sexual não é uma prioridade explícita nos planos regionais de saúde, o que limita a eficácia das políticas de enfrentamento e atendimento a essas vítimas.

A Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe encontra-se em quinto lugar em número de residentes. A população é predominantemente economicamente ativa, com uma leve predominância do sexo masculino. A maioria da população depende do SUS. A cobertura de atenção primária à saúde é alta, com 96,37%, e a infraestrutura inclui hospitais, UPAs e policlínicas regionais.

A cobertura de atenção primária à saúde é alta, com 96,37%, e a infraestrutura inclui hospitais, UPAs e policlínicas regionais. Contudo, existem vazios assistenciais, especialmente em serviços de média e alta complexidade, que podem dificultar o acesso adequado e rápido das vítimas de violência sexual aos cuidados necessários. A estruturação das redes de cuidados, como a de urgência e emergência e a RAPS, são fundamentais para aprimorar o atendimento às vítimas de violência sexual na região, especialmente devido à demanda por serviços especializados em Fortaleza.

Além disso, a falta de dados específicos sobre a violência sexual nas prioridades sanitárias e na Matriz DOMI sugere que a política de enfrentamento à violência sexual não está suficientemente integrada às diretrizes regionais. A inclusão dessa temática nas prioridades sanitárias poderia contribuir para o fortalecimento das respostas de saúde às vítimas dessa violência.

Desta forma, verifica-se que em todas as regiões de saúde do Estado do Ceará, a violência sexual ainda não aparece como uma prioridade explícita no planejamento de saúde regional, o que reflete a necessidade de integrar essa questão de forma mais contundente nas prioridades sanitárias.

Ademais, é demonstrado por meio da análise dos cinco planos de saúde que a qualificação do atendimento de saúde às vítimas de violência sexual requer uma abordagem regionalizada que considere as especificidades de cada território, como a infraestrutura de saúde, a cobertura de atenção primária, a disponibilidade de serviços especializados e a força de trabalho disponível.

Um ponto positivo na implementação de uma nova rede de atendimento nas regiões de saúde é o fato de que elas já operam com diversas redes de atenção, umas mais tradicionais e outras mais recentes, como a Rede Cegonha, a Rede de Atenção à Pessoa com

Deficiência, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Rede de Atenção ao Paciente Oncológico.

Essas redes já proporcionam o desenho e a implementação de um sistema de cuidado integrado e especializado, permitindo que os serviços de saúde atendam de forma mais eficaz às necessidades da população em diferentes áreas.

A existência dessas redes oferece uma base sólida para a implementação de políticas públicas mais eficientes e para a qualificação do atendimento a vítimas de violência sexual, além de possibilitar uma articulação mais fluida entre os diversos serviços de saúde, otimizando os recursos e melhorando a resposta às demandas da população.

Porém um dos principais desafios na implementação de uma nova rede de atendimento nas regiões em questão é a necessidade de superar problemas de saúde persistentes e característicos de países em desenvolvimento, como a elevada mortalidade infantil e materna, além das dificuldades na estruturação adequada do atendimento às emergências, doenças crônicas e neoplasias.

Essas questões demandam um esforço considerável de fortalecimento dos serviços de saúde, com a melhoria das infraestruturas e a ampliação da capacitação da força de trabalho. A coexistência dessas dificuldades, somada à necessidade de integrar eficazmente o atendimento a estas vítimas, exige um planejamento estratégico robusto e uma alocação de recursos focada em resolver essas lacunas, sem comprometer a qualidade do atendimento em outras áreas de saúde prioritárias.

Conclui-se que a articulação entre as RAS, especialmente a RAPS e RUE, é essencial para garantir um atendimento adequado e integral às vítimas de violência sexual. Assim, as intervenções públicas nesta temática podem obter maiores taxas de sucesso se interligadas a estas estruturas já existentes.

5 CENÁRIO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO CEARÁ

Este capítulo examinará as ocorrências de crimes sexuais no Ceará entre 2009 e 2023, com foco nas tendências temporais e nas características das vítimas, usando dados fornecidos pela SSPDS-CE e pelo Sinan/DATASUS/MS. A análise buscará entender a distribuição desses crimes nas diversas regiões de saúde do estado, observando o número total de vítimas e a evolução desses registros ao longo do tempo.

A análise destaca um aumento nas ocorrências de crimes sexuais, com picos significativos em 2013, 2019 e uma escalada nos anos de 2021 a 2023. Também será explorada a relação entre os dados estaduais e nacionais, sugerindo que o aumento nos registros pode refletir uma maior efetividade das políticas públicas e um crescimento nas denúncias. A pesquisa ainda discutirá o perfil das vítimas.

Além disso, o capítulo abordará a distribuição espacial desses crimes nas cinco Regiões de Saúde do Ceará, identificando variações nas taxas de incidência entre elas. Regiões como Sobral e Sertão Central apresentam taxas mais altas, enquanto Fortaleza, apesar de sua grande população, não lidera os índices. A análise incluirá um mapeamento municipal para identificar os municípios com maior número de ocorrências, ajudando a direcionar estratégias governamentais mais eficazes e específicas para as áreas mais afetadas.

5.1 Análise das Ocorrências de Crimes Sexuais no Ceará (2009-2023): Tendências, Perfil das Vítimas e Distribuição Territorial

A apresentação de dados sobre ocorrências de crimes sexuais é fundamental para a formulação de políticas públicas eficazes. Esses dados oferecem uma visão clara da magnitude e das características desses crimes, permitindo que gestores públicos identifiquem padrões e tendências que podem passar despercebidos em análises mais superficiais. Ao conhecer o contexto específico em que os crimes ocorrem, as autoridades podem direcionar recursos e esforços para as áreas mais afetadas, priorizando ações preventivas e de atendimento às vítimas.

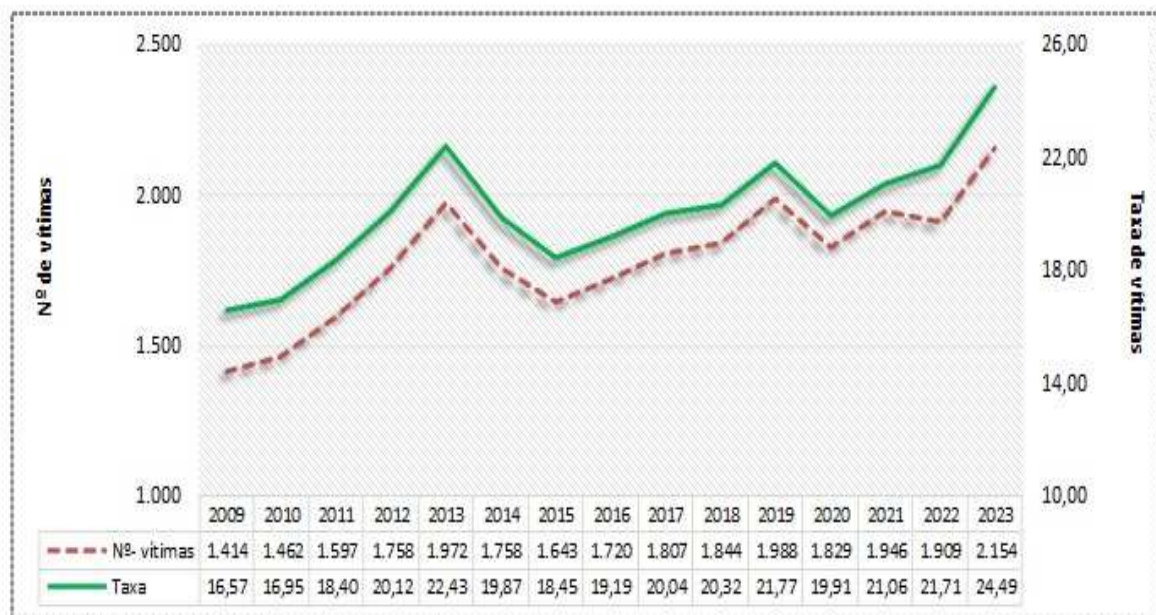
Além disso, a análise dos dados pode revelar informações cruciais sobre os perfis das vítimas e dos agressores, bem como sobre os fatores sociais e econômicos que podem contribuir para a ocorrência desses crimes. Isso facilita a implementação de programas de educação e conscientização que visem reduzir a violência sexual, abordando questões como machismo, desigualdade de gênero e vulnerabilidade social.

Assim, a transparência na divulgação desses dados também pode desempenhar um papel importante na construção de confiança entre a sociedade e os órgãos públicos. Acredita-se que quando a população tem acesso a informações claras sobre a situação da segurança em sua região, pode cobrar ações efetivas e se engajar em iniciativas de prevenção. Essa participação social é essencial para criar um ambiente de colaboração entre cidadãos e gestores, resultando em políticas públicas que não apenas respondem a problemas imediatos, mas também promovem mudanças sociais duradouras e sustentáveis.

Para iniciar a análise do perfil de ocorrência de crimes sexuais nas cinco regiões de saúde do Ceará, propõe-se a discussão do panorama geral do estado no que se refere às ocorrências desse tipo de crime, registradas entre os anos de 2009 e 2023. Para tal, será utilizada a totalidade da base de dados disponível, fornecida pela Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Ceará, a qual contempla os registros dessas ocorrências no período mencionado.

No período de 15 anos, registrou-se um total de 26.801 vítimas de crimes sexuais no Ceará. A partir da análise do gráfico 01, observa-se uma tendência crescente no número de ocorrências ao longo dos anos, com picos de registros nos anos de 2013, 2019, com escaladas crescentes nos anos de 2021, 2022 e 2023.

Gráfico 1 - Evolução do número e da taxa (por 100 mil habitantes) de vítimas de crimes sexuais, Ceará, 2009 a 2023.



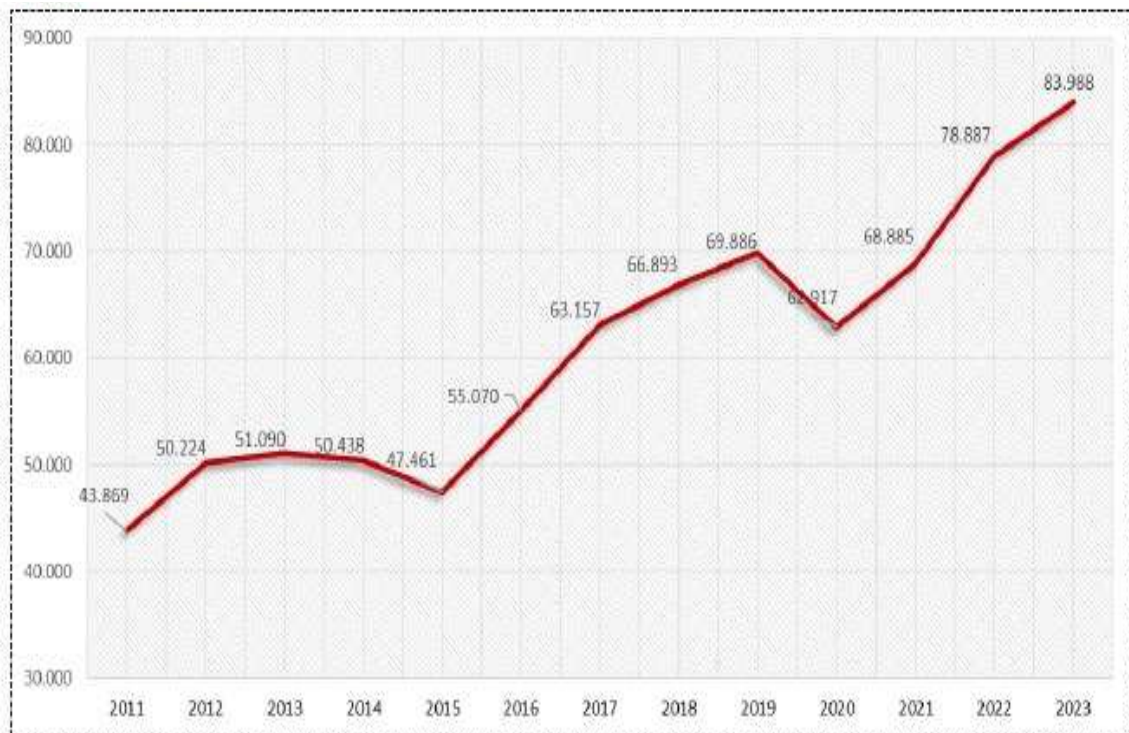
Fonte: Elaboração própria com base nos dados Ceará (2024b); Brasil (2022a); Brasil (2023e).

O perfil de ocorrências observado no estado segue uma tendência similar ao perfil nacional, conforme evidenciado pelo padrão de registros apresentado no Gráfico 2, com base em dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), que disponibiliza informações a partir de 2011. Nesse recorte temporal, observa-se que os três picos de maior incidência de casos ocorreram nos anos de 2013, 2019 e, de forma similar ao perfil estadual, uma escalada crescente nos anos de 2021, 2022 e 2023.

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023, divulgado pelo FBSP, apresenta dados alarmantes sobre a violência sexual no Brasil. Em 2022, houve o maior número de registros de estupro e estupro de vulnerável da história, com 74.930 vítimas. Esse total representa apenas uma fração dos casos, já que se refere às ocorrências notificadas às autoridades policiais (Bueno *et al.*, 2023).

Em comparação com 2021, houve um aumento de 8,2% nos casos, com uma taxa de 36,9 ocorrências a cada 100 mil habitantes. Os casos de estupro somaram 18.110 vítimas, com crescimento de 7%, enquanto os de estupro de vulnerável alcançaram 56.820 vítimas, um aumento de 8,6% (Bueno *et al.*, 2023).

Gráfico 2 - Evolução do número de vítimas de estupros e estupros de vulneráveis, Brasil, 2011 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2024).

O aumento das ocorrências de crimes sexuais requer uma análise cuidadosa, dada a relevância e a gravidade desses delitos. É evidente o crescimento das iniciativas públicas voltadas para o enfrentamento desse problema ao longo dos anos, como foi apresentado no Capítulo III deste trabalho, no entanto, observa-se que os resultados não têm correspondido às expectativas.

No cenário mais otimista, uma hipótese a ser considerada é a de que, nos anos iniciais do período em estudo, os crimes sexuais de fato não tenham ocorrido de forma elevada ou não tenham sido amplamente conhecidos pelas autoridades de segurança, devido a diversos fatores, como o baixo número de denúncias, a necessidade de aprimoramento na capilaridade das ações de segurança pública no âmbito dessa problemática, por exemplo.

Ou seja, seria desejável que o aumento das ocorrências nos anos de 2021 em diante fosse interpretado como um reflexo da maior efetividade das intervenções públicas, resultando em um incremento no número de denúncias e na ampliação da capacidade de atuação dos órgãos de segurança. No entanto, quaisquer interpretações só podem ser validadas por meio de estudos que investiguem mais a fundo esse fenômeno.

Como agravante, destaca-se outro aspecto relacionado aos três últimos anos do período em análise, nos quais se observa um aumento sequencial das ocorrências, tanto no cenário nacional quanto no estadual, especificamente no Ceará. Entre os anos de 2020 e 2022, o contexto global esteve fortemente marcado pelas consequências da pandemia de Covid-19, sendo que o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional por COVID-19 foi declarado no Brasil em 22 de abril de 2022 (Brasil, 2022b).

A organização internacional *United Nations International Children's Emergency Fund*³ (UNICEF) Brasil, com base em um estudo realizado pelo Instituto Sou da Paz e o Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP), advertiu que o fechamento das escolas e a restrição de acesso a espaços de apoio e construção de vínculos de confiança com adultos externos ao ambiente doméstico aumentaram a vulnerabilidade de crianças e adolescentes à violência sexual durante a pandemia de Covid-19 (UNICEF Brasil, 2020).

O isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19 resultou em um aumento significativo nos casos de violência doméstica. Em relação às denúncias de violência doméstica nos anos de 2019 e 2020, observou-se um incremento de 13,3% em fevereiro e de 37,58% em abril, um mês após a implementação das medidas de isolamento social. Assim, a pandemia se mostrou especialmente devastadora para as mulheres (Romanek; Schmidt, 2021).

³ UNICEF em português: Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância.

A análise dos dados de estupro de vulnerável, registrados pela Polícia Civil de São Paulo entre 2016 e 2020, revelou que, apesar do aumento das denúncias nos anos anteriores, houve uma redução significativa nos registros no primeiro semestre de 2020, especialmente em abril e maio, com quedas de 36,5% e 39,3%, respectivamente (UNICEF Brasil, 2020).

No entanto, as organizações ressaltam que essa diminuição nos registros não indica uma efetiva redução nos casos de violência sexual, mas sim a dificuldade das vítimas de denunciar durante o período de isolamento social. A maior parte dos crimes ocorre no ambiente doméstico, e o contexto de confinamento agravou a invisibilidade desses casos, evidenciando a falha nas redes de proteção e na acessibilidade aos mecanismos de denúncia durante a pandemia (UNICEF Brasil, 2020).

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2022) aponta que, apesar do elevado número de casos de violência sexual no Brasil, a pandemia de COVID-19 aparentemente contribuiu para a redução dos registros dessa violência. Contudo, corroborando com os dados do Unicef Brasil, essa diminuição nos registros não necessariamente reflete uma redução na incidência de tais crimes, uma vez que a violência sexual apresenta uma altíssima taxa de subnotificação (Bueno *et al.*, 2023).

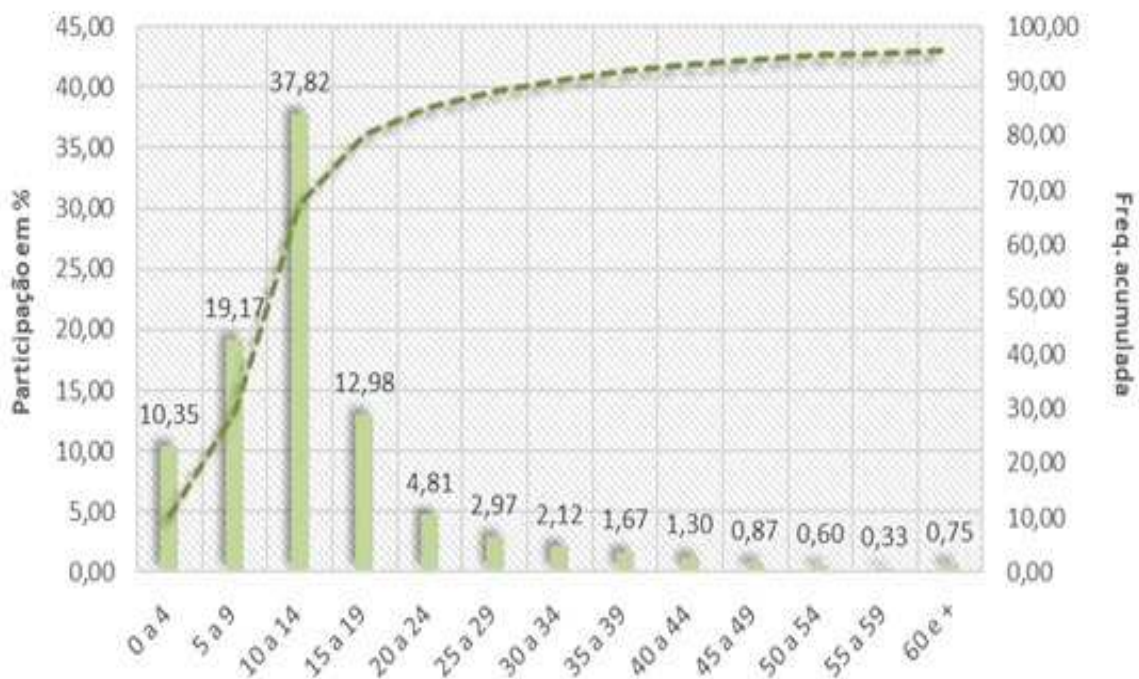
A análise nacional revela uma queda de 14,1% nos registros de estupro e estupro de vulnerável em 2020, tendência observada em 24 unidades federativas. Essa diminuição nos registros pode ser atribuída não apenas ao contexto pandêmico, mas também à dificuldade de acesso das vítimas aos serviços de denúncia e à falta de mecanismos adequados de acolhimento durante esse período, o que agrava a subnotificação e dificulta o enfrentamento da violência sexual no país (Bueno *et al.*, 2023).

O estudo de Oliveira *et al.* (2024) revela que a residência é o principal local onde ocorre a violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Além disso, o estudo destaca o impacto da pandemia de Covid-19, que, embora tenha provocado um aumento da violência sexual no ambiente doméstico devido ao isolamento social e à redução de ocorrências em outros espaços, também gerou uma queda nas taxas de notificação desse tipo de violência (Oliveira *et al.*, 2024).

Contrariando as expectativas de redução no número de notificações, observou-se um aumento nos registros de crimes sexuais tanto no Brasil quanto no Ceará durante os três anos de pandemia nesses territórios, conforme retratados nos Gráficos 1 e 2. Esse fenômeno exige uma investigação aprofundada para compreender as razões ou circunstâncias que provocaram esse comportamento inesperado.

Retomando a análise do cenário cearense, observa-se no Gráfico 3 que o maior recorte de faixa etária para os crimes sexuais ocorridos entre os anos de 2009 a 2023 engloba as idades de 0 a 19 anos (80,32% dos casos). A maior incidência está na faixa de 10 a 14 anos (37,82%), seguido da faixa de 5 a 9 anos (19,17%) e 0 a 4 anos (10,35%). Salienta-se ainda que das 26.801 ocorrências registradas, 86,10% são de vítimas do gênero feminino, segundo constam os registros (n= 23.077) (Ceará, 2024b).

Gráfico 3 - Faixa etária das vítimas de crimes sexuais (em %), Ceará, acumulado de 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados Ceará (2024b); Brasil (2022a); Brasil (2023e).

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023 do Fórum Brasileiro de Segurança Pública destaca que, em 2022, 75,8% das vítimas são incapazes de consentir devido à idade (menores de 14 anos) ou outras condições como deficiência e enfermidade. A maior parte das vítimas de violência sexual no país no ano de 2022 são crianças e adolescentes, com 6 em cada 10 sendo vulneráveis com idades entre 0 e 13 anos, sendo vítimas principalmente de familiares e conhecidos.

Aproximadamente 61,4% das vítimas de estupro têm até 13 anos, com 10,4% sendo bebês e crianças de 0 a 4 anos, 17,7% entre 5 e 9 anos, e 33,2% entre 10 e 13 anos. Mesmo na faixa etária de 14 a 17 anos, a maioria dos casos de estupro envolve vítimas

vulneráveis, ou seja, incapazes de resistir devido a fatores como idade ou outras circunstâncias (Bueno *et al.*, 2023).

Para iniciar a análise da distribuição espacial das ocorrências de crimes sexuais, foi calculada a distribuição quinquenal (2009-2013/2014-2018/2019-2023) e geral do número e da taxa de vítimas de crimes sexuais, segundo as cinco Regiões de Saúde e suas respectivas ADSs. O cálculo considerou o número de registros de vítimas de crimes sexuais no período em estudo, tendo como denominador a população residente durante o mesmo intervalo. Os dados populacionais utilizados foram oriundos da estimativa populacional de 2000 a 2021, fornecida pelo Ministério da Saúde, e do Censo de 2022, realizado pelo IBGE.

Observa-se que no decorrer dos anos as taxas médias da distribuição destes registros por quinquênios apresentaram padrão de crescimento em três das cinco regiões em todo o período: Regiões de Saúde Cariri (14,64 / 17,24 / 19,45), Sertão Central (11,65 / 19,58 / 23,08) e Sobral (11,03 / 20,78 / 22,94). As outras duas regiões apresentaram padrão de ocorrência variável e decrescente entre os três quinquênios: Região de Saúde Fortaleza (24,86 / 20,11 / 22,46) e Litoral Leste/Jaguaribe (12,19 / 17,71 / 17,22). Na avaliação estadual, o Ceará apresenta padrão de crescimento crescente (18,89 / 19,57 / 21,79).

A Região de Saúde Fortaleza apresenta a maior taxa média em todo o período (2009-2023), com 22,48. Entre as seis ADSs que compõem essa região, a maior taxa em todo o período é identificada na ADS Caucaia (22,82). Porém ao se avaliar o quinquênio 2019-2023, destaca-se a ADS Itapipoca (25,29).

Já a Região de Saúde Norte (Sobral) encontra-se em segundo lugar na taxa média em todo o período (2009-2023), com 18,25. Entre as cinco ADSs que compõem essa região, a maior taxa em todo o período é identificada na ADS Acaraú com taxa média de 22,32. Já ao se avaliar o quinquênio 2019-2023, destaca-se a ADS de Tianguá, com taxa média de 28,02.

Em terceiro lugar tem-se a Região de Saúde Sertão Central, com taxa média em todo o período (2009-2023) de 18,1. Entre as três ADSs que compõem essa região, a maior taxa em todo o período é identificada na ADS Canindé com taxa média de 19,03. Já ao se avaliar o quinquênio 2019-2023, destaca-se a ADS de Tauá, com taxa média de 24,16.

No quarto lugar verifica-se a Região de Saúde Sul (Cariri), com 17,11 na taxa média em todo o período (2009-2023). Entre as cinco ADSs que compõem essa região, a maior taxa em todo o período é identificada na ADS Crato, com taxa média de 19,84. Ao se avaliar o quinquênio 2019-2023, destaca-se também a ADS Crato, com taxa média de 21,55.

E por fim tem-se a em quinto e último lugar a Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, com 15,71. Entre as três ADSs que compõem essa região, a maior taxa em

todo o período é identificada na ADS Aracati, com taxa média de 23,11. Já ao se avaliar o quinquênio 2019-2023, destaca-se também a ADS Aracati, com taxa média de 21,78.

Tabela 1 - Distribuição quinquenal do número e da taxa (por 100 mil habitantes) de vítimas de crimes sexuais, segundo as Áreas Descentralizadas de Saúde (ADSs/SESA-CE) e as Regiões de Saúde (SESA-CE), Ceará, 2009 a 2023.

Macrorregiões e as ADS de Saúde	Nº acumulado e taxa média (por 100 mil hab.) de vítimas de crimes sexuais (1) (2) (3)							
	2009-2013		2014-2018		2019-2023		2009-2023	
	Nº de vítimas	Taxa média	Nº de vítimas	Taxa média	Nº de vítimas	Taxa média	Nº de vítimas	Taxa média
Cariri	1.055	14,64	1.270	17,24	1.435	19,45	3.760	17,11
17ª ADS de Icó	97	11,30	137	15,88	148	17,72	382	14,97
18ª ADS de Iguatu	192	12,24	234	14,64	273	17,79	699	14,89
19ª ADS de Brejo Santo	104	9,85	181	16,90	176	16,44	461	14,40
20ª ADS de Crato	312	18,54	335	19,44	370	21,55	1.017	19,84
21ª ADS de Juazeiro do Norte	350	17,13	383	18,15	468	21,18	1.201	18,82
Fortaleza	5.579	24,86	4.695	20,11	5.286	22,46	15.560	22,48
1ª ADS de Fortaleza	3.586	26,73	2.731	19,64	3.043	21,96	9.360	22,78
22ª ADS de Cascavel	349	22,91	321	20,04	402	23,87	1.072	22,27
2ª ADS de Caucaia	640	22,21	649	21,43	772	24,81	2.061	22,82
3ª ADS de Maracanaú	633	24,98	543	20,45	545	20,32	1.721	21,92
4ª ADS de Baturité	100	14,64	151	21,72	143	20,73	394	19,03
6ª ADS de Itapipoca	271	19,22	300	20,48	381	25,29	952	21,66
Litoral leste/jaguaribe	323	12,19	479	17,71	467	17,22	1.269	15,71
10ª ADS de Limoeiro do Norte	75	6,77	164	14,57	175	15,68	414	12,34
7ª ADS de Aracati	109	19,33	164	28,21	131	21,78	404	23,11
9ª ADS de Russas	139	14,20	151	15,15	161	16,17	451	15,17
Norte (Sobral)	880	11,03	1.700	20,78	1.902	22,94	4.482	18,25
11ª ADS de Sobral	539	17,33	630	19,67	646	20,05	1.815	19,02
12ª ADS de Acaraú	177	16,29	289	25,58	299	25,08	765	22,32
13ª ADS de Tianguá	79	5,15	382	24,27	452	28,02	913	19,14
15ª ADS de Crateús	51	3,43	264	17,66	388	26,16	703	15,75
16ª ADS de Camocim	34	4,43	135	17,34	117	14,96	286	12,24
Sertão Central	366	11,65	628	19,58	736	23,08	1.730	18,10
14ª ADS de Tauá	59	10,36	108	18,79	139	24,16	306	17,77
5ª ADS de Canindé	176	17,64	176	17,20	221	22,24	573	19,03
8ª ADS de Quixadá	131	8,31	344	21,38	376	23,26	851	17,65
Ceará	8.203	18,89	8.772	19,57	9.826	21,79	26.801	20,09

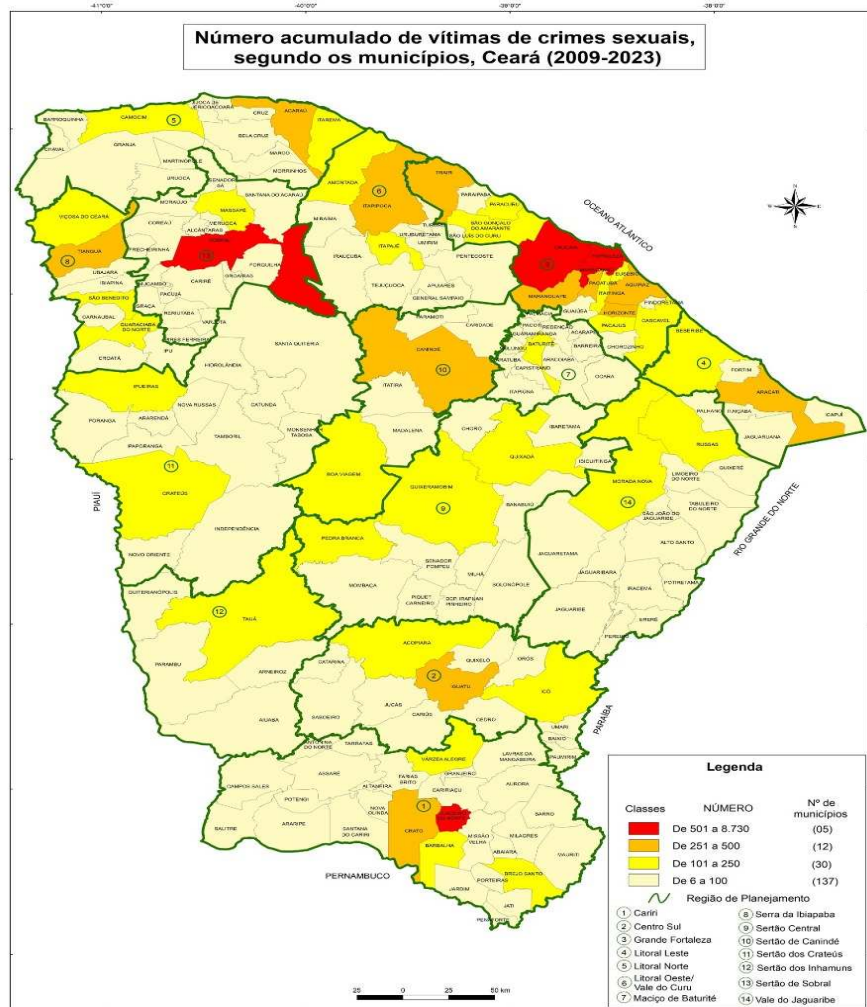
Fonte: Elaboração própria com base nos dados Ceará (2024b); Brasil (2022a); Brasil (2023e).

Em síntese, na análise do quinquênio 2019-2023, contrariando as expectativas pelo seu aporte populacional, a Região de Saúde Fortaleza encontra-se em terceiro lugar na taxa média entre todas as regiões, com 22,46. Esta é superada pela Região de Saúde do Sertão Central (23,08) e pela Região de Saúde Sobral (22,94). Ainda na análise do quinquênio as ADSs que se destacam com as maiores taxas são: ADS Itapipoca (25,29); ADS de Tianguá (28,02); ADS de Tauá (24,16); ADS Crato (21,55) e ADS Aracati (21,78).

Esta análise pode ser vista ainda da perspectiva municipal. Verifica-se que, em números absolutos, o maior número de ocorrência de crimes sexuais no período analisado foi registrado nos municípios de Fortaleza (8.730), Caucaia (1.287), Maracanaú (859), Juazeiro do Norte (764) e Sobral (608).

Avaliando o acumulado de ocorrências de crimes sexuais por município, no Estado do Ceará entre os anos de 2009 a 2023, segundo o mapa abaixo, os municípios de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Sobral e Juazeiro do Norte apresentam os maiores valores (de 501 a 8.730 registros).

Figura 8 - Mapa do número acumulado de ocorrências de crimes sexuais por município, Ceará, 2009 a 2023.

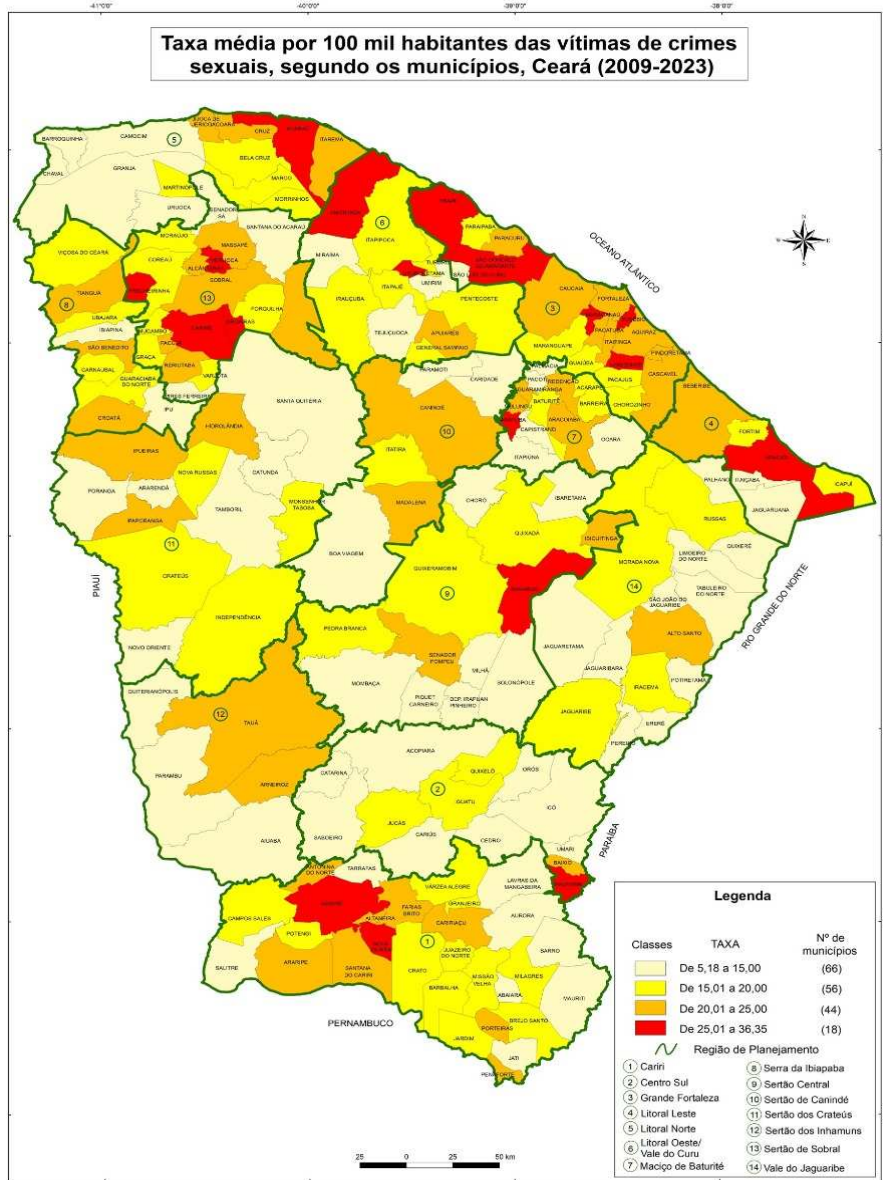


Fonte: Elaboração própria com base nos dados Ceará (2024b); Brasil (2022a); Brasil (2023e).

Já em relação aos municípios com registros de 251 a 500 ocorrências, 12 municípios apresentam este perfil, onde estes estão distribuídos da seguinte forma: 6 na Região de Saúde Fortaleza, 2 na Região de Saúde Sobral, 2 na Região de Saúde Sul-Cariri, 1 na Região de Saúde do Sertão Central e 01 na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe. Este acumulado pode auxiliar na observação do padrão de incidência da ocorrência deste tipo de crime.

No mapa a seguir (figura 9) apresenta-se a distribuição da taxa média das vítimas de crimes sexuais por município de ocorrência, no Ceará, registrados entre os anos de 2009 a 2023.

Figura 9 - Mapa de distribuição por município da Taxa Média (por 100 mil habitantes) das vítimas de crimes sexuais, Ceará, 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados Ceará (2024b); Brasil (2022a); Brasil (2023e).

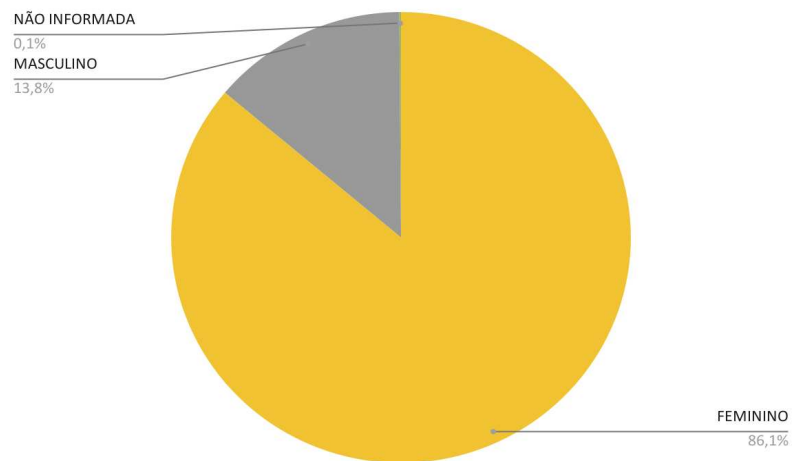
De acordo com o demonstrado no mapa, podemos observar 18 municípios com as maiores taxas, entre 25,01 e 36,35. Na perspectiva da regionalização observa-se que a Região de Saúde Fortaleza detém 8 dos municípios com as maiores taxas.

Já 44 municípios apresentam as taxas médias de distribuição do período em análise entre os valores 20,01 a 25,00. Destes, 14 encontram-se na Região de Saúde Fortaleza,

14 na Região de Saúde Sobral, 9 na Região de Saúde Sul-Cariri, 6 na Região de Saúde do Sertão Central e 1 na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, como se pode ver sua distribuição na Figura 9.

Prosseguindo a análise dos dados de crimes sexuais ocorridos no Ceará entre 2009 a 2023 e registrados pela SSPDS-CE, observa-se que as vítimas do sexo Feminino correspondem a 86,2% do total de ocorrências (n=23.077), enquanto as vítimas do sexo masculino representam 13,8% (n=3.693), como se pode ver no Gráfico 4 a seguir:

Gráfico 4 - Proporção de vítimas de crimes sexuais, por sexo (em %), Ceará, acumulado de 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da Ceará (2024b).

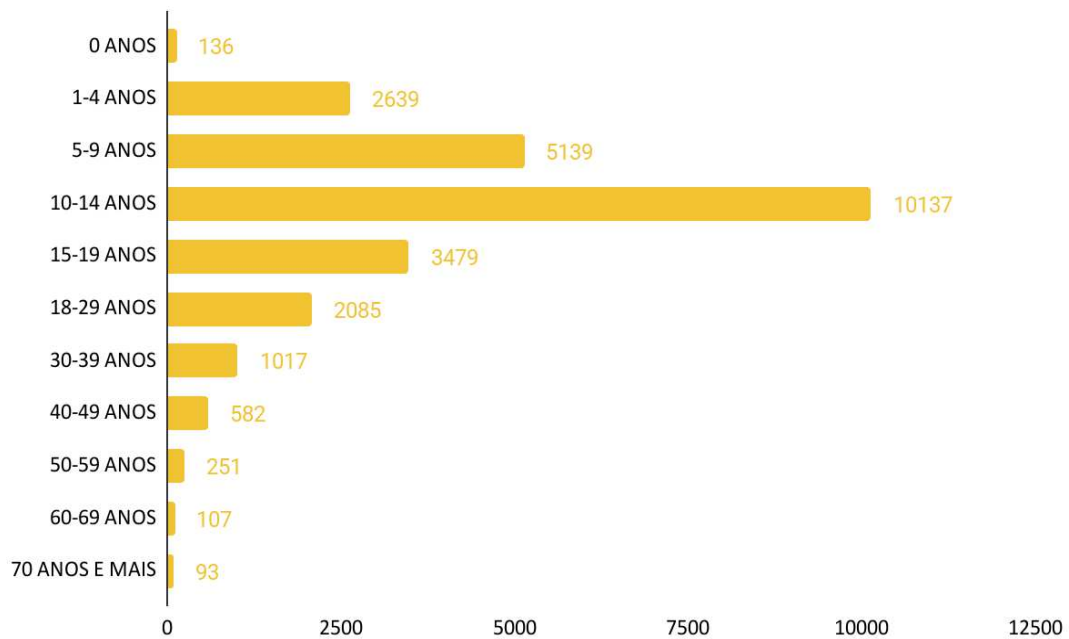
O Gráfico 5 apresenta a distribuição do perfil das vítimas de crimes sexuais no Ceará, por faixa etária, no período de 2009 a 2023. Observa-se que a faixa etária com o maior número de registros é a de 10 a 14 anos, com 37,82% dos casos (n=10.137), seguida pela faixa de 5 a 9 anos, com 19,17% (n=5.139), e pela faixa de 15 a 19 anos, com 12,98% (n=3.479). Em uma análise comparativa, verifica-se que uma parcela significativa das vítimas tem menos de 19 anos, representando 80,33% do total de ocorrências, conforme ilustrado no Gráfico 6.

Isso equivale a 21.530 notificações, o que destaca a gravidade e a alta vulnerabilidade dessa faixa etária em relação a esse tipo de crime. Por outro lado, as vítimas com mais de 20 anos representam uma proporção menor, mas ainda significativa, de 19,67% do total de registros, correspondendo a 5.271 ocorrências.

Essa disparidade revela a concentração dos crimes sexuais em um público mais jovem, refletindo as particularidades das vítimas em diferentes faixas etárias. A comparação

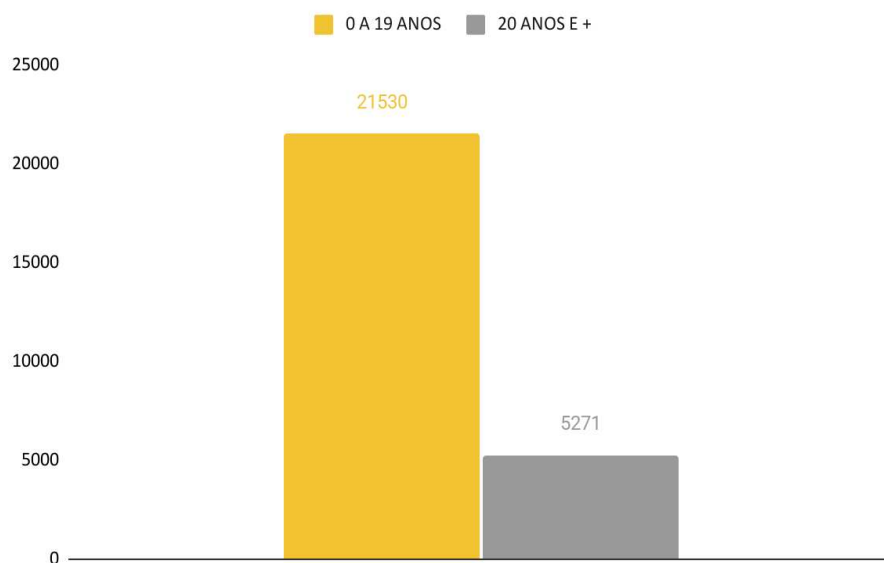
entre essas duas categorias de vítimas pode ser visualizada no Gráfico 6, que ilustra claramente as diferenças nos dados registrados, proporcionando uma visão mais detalhada sobre a prevalência da violência sexual em diferentes idades no estado.

Gráfico 5 - N° acumulado das ocorrências de crimes sexuais, por faixa etária, Ceará, 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da Ceará (2024b).

Gráfico 6 - N° acumulado das ocorrências de crimes sexuais, por grupo etário, Ceará, 2009 a 2023.



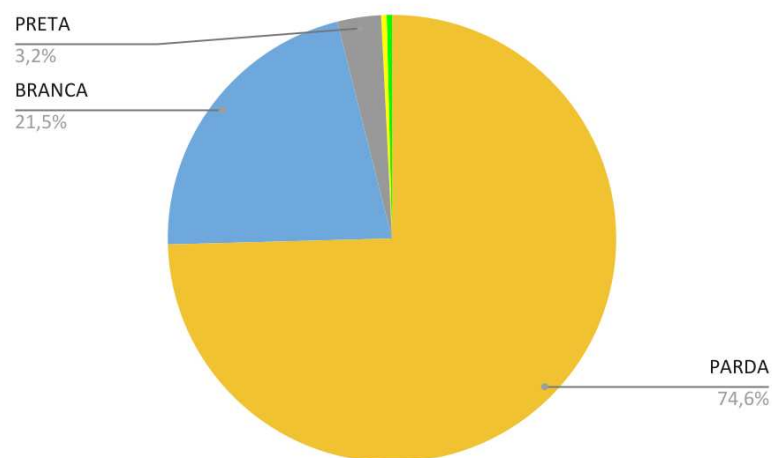
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da Ceará (2024b).

Ao analisar a distribuição das notificações de crimes sexuais conforme a variável Raça/Cor, observa-se que uma parcela significativa das ocorrências, 78,34%, apresenta o campo “NÃO INFORMADO”, o que corresponde a 20.996 registros em que a raça ou cor da vítima não foi especificada. Essa ausência de informações representa uma lacuna importante nos dados, dificultando uma compreensão mais detalhada sobre as características étnicas das vítimas.

Contudo, nas 5.805 ocorrências em que a variável Raça/Cor foi devidamente preenchida, os dados revelam uma clara predominância de vítimas de raça/cor Parda, que representam 74,57% (n=4.329) das notificações. As vítimas de raça/cor Branca são 21,50% (n=1.248), enquanto as vítimas de raça/cor Preta correspondem a 3,15% (n=183). As vítimas de raça/cor Amarela representam 0,4% (n=23), e as vítimas de raça/cor Indígenas somam 0,38% (n=22).

Esses dados, ilustrados no gráfico 7, apontam para uma concentração de vítimas pardas no contexto de violência sexual, sugerindo a necessidade de políticas públicas específicas que abordem as desigualdades raciais presentes nesse cenário. A predominância de vítimas pardas pode refletir uma série de fatores sociais, culturais e históricos que exigem uma análise mais aprofundada sobre o impacto da violência sexual em diferentes grupos étnico-raciais.

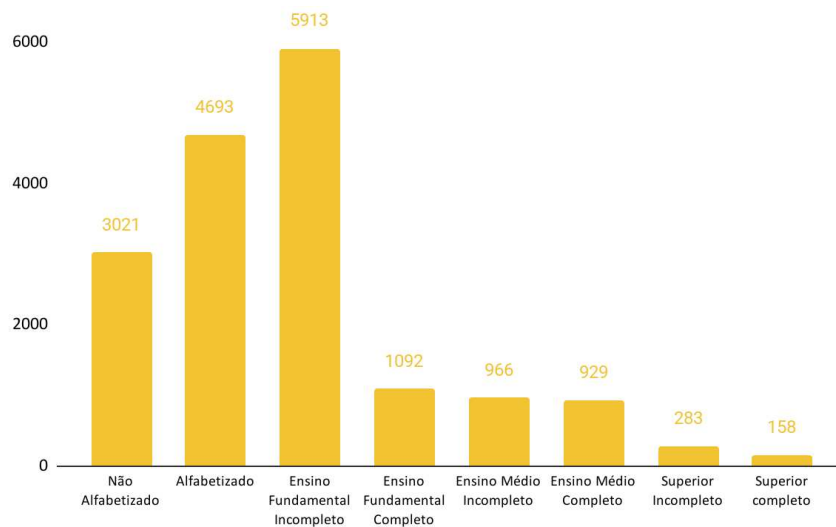
Gráfico 7 - N° acumulado das ocorrências de crimes sexuais, por raça/cor, Ceará, 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da Ceará (2024b).

Avaliando a distribuição de vítimas segundo o grau de escolaridade, constatou-se que, entre as 26.801 ocorrências analisadas, 9.746 registros apresentaram neste campo a informação “NÃO INFORMADO”, correspondendo a 36,36% do total. Assim, das 17.055 ocorrências que indicam a escolaridade das vítimas, 34,67% referem-se a vítimas com Ensino Fundamental Incompleto (n=5.913), 27,52% são Alfabetizadas (n=4.693) e 17,71% são Não Alfabetizadas (n=3.021).

Gráfico 8 - Nº acumulado das ocorrências de crimes sexuais, por escolaridade, Ceará, 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da Ceará (2024b).

A alta incidência de crimes sexuais nestas cidades no período de 14 anos, seja na taxa média por 100 mil habitantes, seja no número acumulado, é um dado preocupante que pode ser reflexo de questões profundas de desigualdade social, ausência de políticas públicas eficazes e a necessidade de um maior investimento em educação e conscientização sobre direitos humanos.

A análise dos dados de crimes sexuais ocorridos no Ceará entre 2009 e 2023 revela uma situação alarmante, com uma alta incidência de ocorrências ao longo do período de 14 anos. Durante esse tempo, o estado registrou 26.801 vítimas de crimes sexuais, com picos de casos em 2013, 2019 e entre 2021 e 2023.

A predominância das vítimas do sexo Feminino é destacada, representando 86,2% do total de registros. Essa concentração de vítimas jovens reflete uma realidade alarmante, pois as vítimas, em sua maioria, são incapazes de oferecer resistência ou consentir, conforme a legislação brasileira. Entre as vítimas do sexo masculino, a faixa etária de maior risco

também está na infância, com destaque para a faixa de 5 a 9 anos. Essa dinâmica se assemelha ao perfil nacional de vítimas de violência sexual, onde meninas de 10 a 14 anos e meninos de 5 a 9 anos estão entre as maiores vítimas.

Além da vulnerabilidade etária, a análise dos dados revela uma forte subnotificação dos registros, com 78,34% dos casos sem a informação sobre a raça ou cor da vítima. Entretanto, dos registros com esses dados, destaca-se a predominância de vítimas pardas (74,57%), o que aponta para desigualdades raciais na ocorrência desses crimes.

A análise do grau de escolaridade também indica uma vulnerabilidade social das vítimas, com grande parte delas apresentando baixo nível educacional, sendo 34,67% com Ensino Fundamental Incompleto e 17,71% não alfabetizadas, dados que precisam ser correlacionados com a idade das vítimas. Esses dados apontam para a necessidade de políticas públicas mais eficazes que combinem a proteção e a conscientização social, especialmente para populações em contextos sociais e educacionais.

A escalada nos registros de crimes sexuais no Ceará, observada especialmente após 2018, pode ser associada tanto ao aumento da visibilidade do problema, por meio de intervenções públicas e aprimoramento da rede de denúncias, quanto a uma possível subnotificação nos primeiros anos de análise. A partir de 2021, o aumento nos registros pode ser explicado pela maior conscientização sobre a gravidade dos crimes sexuais e pelo fortalecimento dos mecanismos de denúncia. Contudo, essa explicação ainda requer mais investigação para garantir que o aumento não seja apenas um reflexo das falhas nos processos de notificação e nas estruturas de atendimento às vítimas.

O impacto da pandemia de Covid-19 entre 2020 e 2022 também deve ser considerado. Durante o isolamento social e o fechamento das escolas, crianças e adolescentes se tornaram mais vulneráveis a abusos dentro de suas residências. A falta de medidas eficazes para garantir denúncias e o atendimento a vítimas contribuiu para a distorção dos registros. Dados nacionais apontam um aumento significativo da violência sexual no ambiente doméstico após 2018, o que evidencia a necessidade de fortalecer as estratégias de identificação, principalmente em tempos de crises sanitárias.

Em termos de distribuição espacial, as regiões de Cariri, Sertão Central e Sobral mostraram um crescimento contínuo nas taxas de crimes sexuais, ao passo que a Região de Fortaleza, apesar de registrar as maiores taxas médias ao longo de todo o período, apresentou uma queda relativa nos anos mais recentes. A análise municipal revelou que os municípios de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Sobral e Juazeiro do Norte concentram os maiores números

absolutos de ocorrências, indicando, além de uma maior capilaridade nas redes de atendimento e denúncia, um padrão de incidência mais elevado.

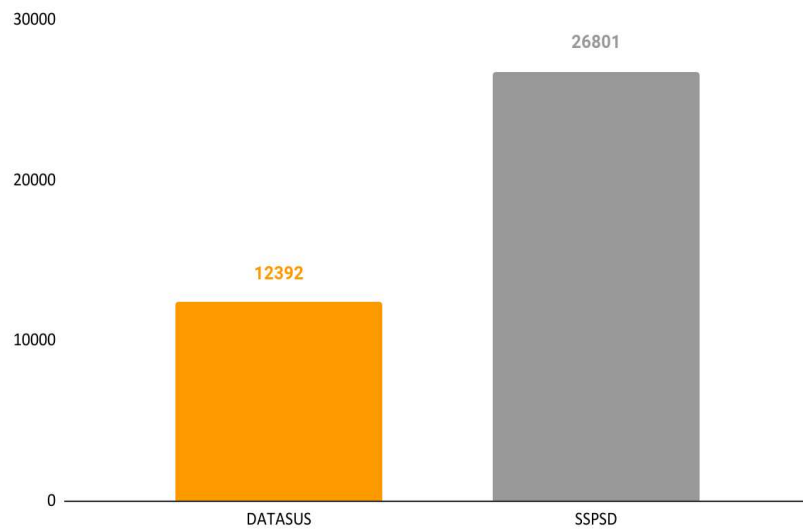
5.2 Análise das Notificações de Violência Sexual no Ceará (2009-2023): Tendências, Perfil das Vítimas e Distribuição Regional

As vítimas de violência sexual devem ser atendidas nos serviços de saúde. O primeiro atendimento pode ser realizado em qualquer serviço de saúde, incluindo as Unidades Básicas de Saúde e outros serviços, como as emergências hospitalares. O atendimento deve envolver uma série de etapas, como o acolhimento, a realização de exames clínicos e ginecológicos, a coleta de vestígios, a contracepção de emergência, as profilaxias para vírus da imunodeficiência humana (HIV), Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatite B, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e o seguimento ambulatorial. Além disso, é imprescindível a notificação compulsória do caso à autoridade de saúde (Brasil, 2023d).

A obrigatoriedade de notificação dos casos de violência contra a mulher no Brasil foi estabelecida no ano de 2003 (Brasil, 2003). Conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024, a Violência Sexual compõe a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. A notificação deste agravo deve ser realizada por todos os serviços de saúde, públicos e privados, em todo o território nacional, no prazo máximo de 24 horas, sendo posteriormente encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do local de atendimento (Brasil, 2024a).

A avaliação do perfil de notificações de violência sexual, a partir de dados do Ministério da Saúde na plataforma DataSUS, revela que, entre 2009 e 2023, foram registradas 12.392 ocorrências no estado do Ceará. Em uma primeira observação, nota-se que esse número é 53,76% inferior ao total de crimes sexuais registrados pela Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS-CE), que contabilizou 26.801 ocorrências no mesmo período. A discrepância entre os dois conjuntos de dados pode ser visualizada no Gráfico 9 a seguir.

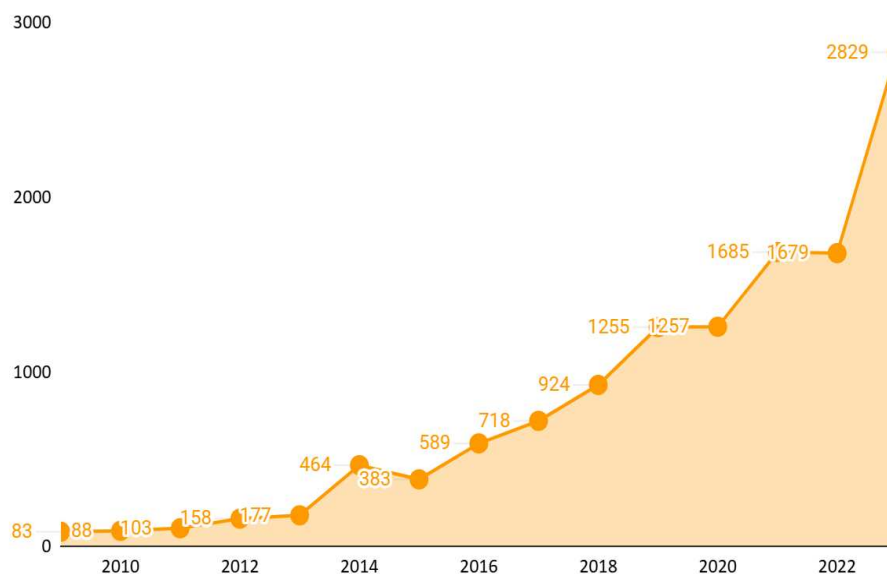
Gráfico 9 - Notificações de casos de violência sexual (Data SUS) e registro de ocorrências de crimes sexuais (SSPDS-CE), acumulado de 2009 a 2023, Ceará.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados Ceará (2024b) e Brasil (2024b).

Ao aprofundar a observação dos dados, percebe-se uma tendência crescente nas notificações de violência sexual em todos os anos do período analisado. Os maiores aumentos ocorreram entre 2013 e 2014, com um crescimento de 162%, e entre 2022 e 2023, com uma elevação de 68,49%. Esses resultados indicam não apenas uma intensificação da visibilidade das ocorrências, mas também a possibilidade de um maior esforço de notificação ou uma conscientização crescente sobre a gravidade do problema.

Gráfico 10 - Evolução anual das notificações de casos de violência sexual, Ceará, 2009 a 2023.

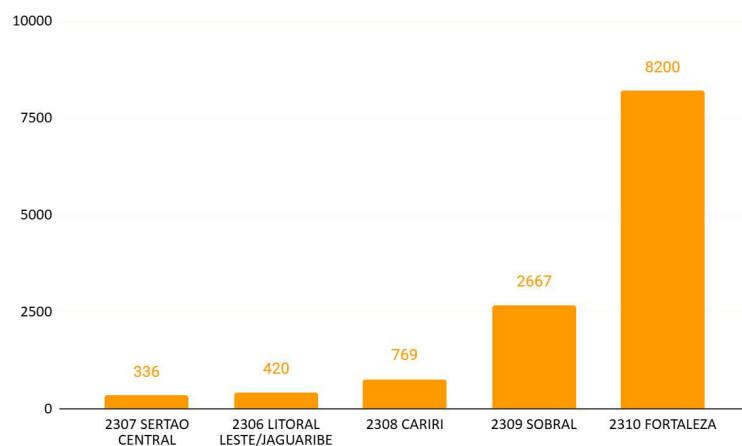


Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

É pertinente destacar as reflexões apresentadas pela Prof.^a Dra. Suely Chacon durante a defesa desta dissertação, de que o aumento da violência sexual pode ser um reflexo do crescimento da percepção sobre o que constitui violência sexual. Em outras palavras, à medida que os habitantes de uma determinada região passam a ter conhecimento para identificar melhor as diferentes formas de violência sexual, isso pode levar ao reconhecimento da gravidade do problema e conseqüentemente ao aumento das denúncias e da busca por intervenções do poder público por parte de pessoas que identificam estas ocorrências.

Examinando as notificações acumuladas ao longo do período, segmentadas por Região de Saúde, observa-se que a Região de Saúde Fortaleza lidera com 8.200 registros, o que representa 66,17% do total de notificações no estado. Em seguida, encontra-se a Superintendência Sobral, com 2.667 notificações (21,52%). A Superintendência Cariri segue com 769 casos (6,20%), enquanto a Superintendência Litoral Leste-Jaguaribe apresenta 420 notificações (3,38%) e a Superintendência Sertão Central, 336 registros (2,71%).

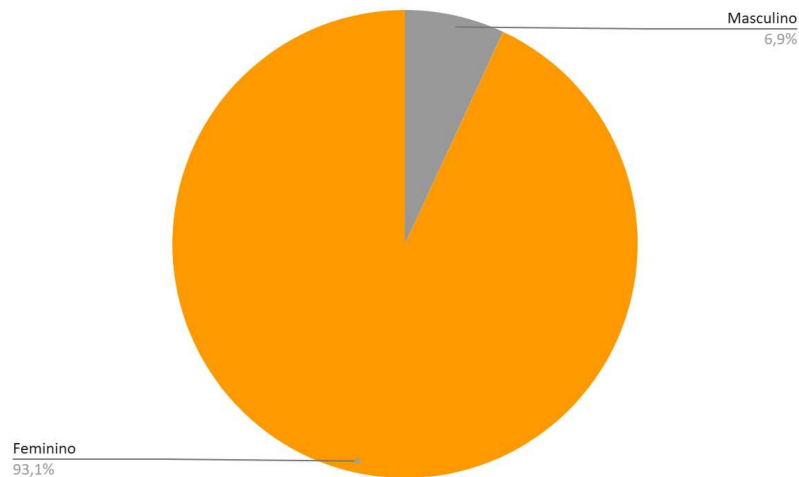
Gráfico 11 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, segundo as Regiões de Saúde, Ceará, 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

Em relação ao sexo das vítimas, observou-se que as vítimas do sexo Feminino correspondem a 93,1% do total de notificações (n=11.528), enquanto as vítimas do sexo Masculino representam 6,9% (n=859).

Gráfico 12 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por sexo, Ceará, 2009 a 2023.

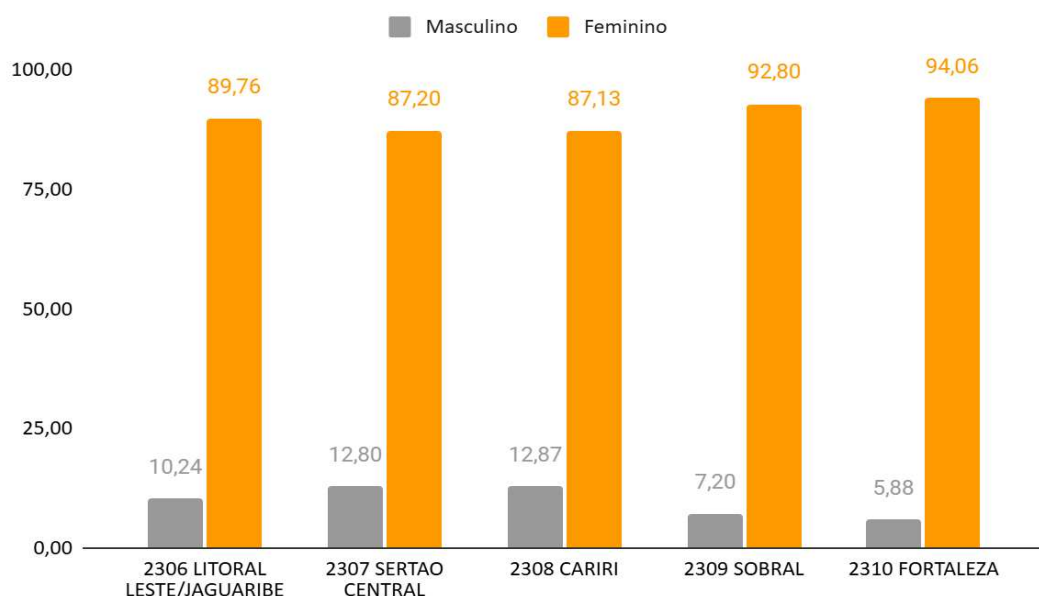


Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

Ao analisar a distribuição dos casos por sexo e por Região de Saúde, verifica-se que, em todas as regiões, as vítimas femininas representam mais de 87% dos casos. A Região de Fortaleza é a que apresenta a maior proporção de vítimas do sexo feminino, com 94,06% (n=7.713 de 8.200 casos).

Por outro lado, a Região de Saúde do Cariri se destaca por apresentar o maior percentual de vítimas masculinas, com 12,87% (n=99 de 769 casos), perfil semelhante ao observado na Região Sertão Central, onde 87,20% das vítimas são do sexo feminino (n=293) e 12,80% são do sexo masculino (n=43).

Gráfico 13 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual por sexo, segundo as Regiões de Saúde do Ceará, 2009 a 2023.



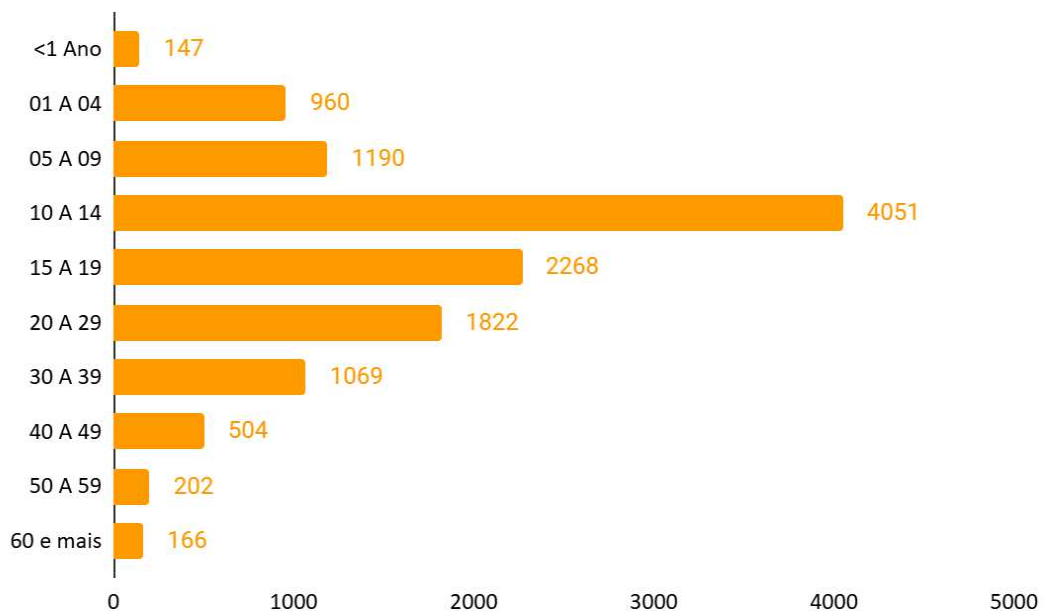
Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

No que diz respeito à faixa etária das vítimas de violência sexual, os dados revelam uma prevalência alarmante de crianças e adolescentes entre os 10 e 14 anos, que representam 32% do total de notificações, tornando-se a faixa etária com a maior incidência de casos. Este dado destaca a vulnerabilidade de jovens nessa faixa etária, sugerindo que a violência sexual afeta um número significativo de crianças e adolescentes no estado.

Além disso, as vítimas com idades entre 15 e 19 anos correspondem a 18,30% das notificações, reforçando a ideia de que a violência sexual atinge de forma expressiva a adolescência. Já as vítimas na faixa etária de 5 a 9 anos representam 9,60% dos casos, o que também é um dado alarmante, pois indica que crianças muito novas também estão sendo expostas a essa grave violação de seus direitos, como se pode ver no Gráfico 14.

Ao aprofundar a análise da distribuição das notificações por faixa etária e por Região de Saúde, observa-se que algumas regiões apresentam padrões semelhantes. As regiões de saúde Cariri, Fortaleza, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central apresentam os maiores números de registros de crimes nas faixas etárias de 10 a 14 anos, o que sugere que, em termos gerais, as vítimas dessa faixa etária são uma preocupação comum em diversas áreas do estado.

Gráfico 14 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, Ceará, 2009 a 2023.



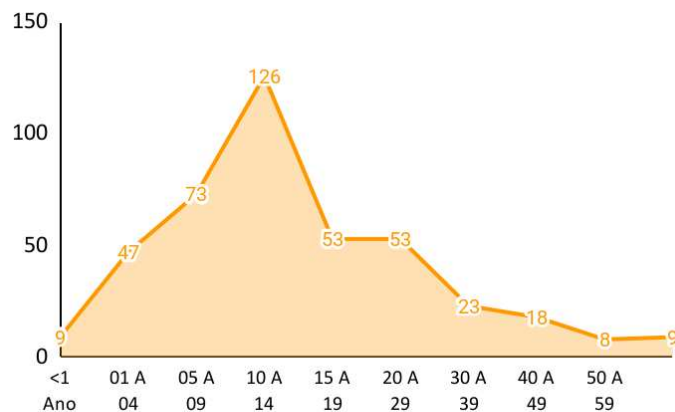
Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

Porém, a Região Sobral apresenta um padrão distinto em relação às demais regiões. Nessa área, além de o maior pico de notificações ocorrer na faixa etária de 10 a 14 anos (935 casos), a faixa etária seguinte, de 15 a 19 anos, também apresenta números elevados de registros (869 casos), diferentemente das outras regiões, onde há uma queda significativa nessa última faixa etária. Esse dado indica uma maior concentração de vítimas infantojuvenis em Sobral, o que sugere que a violência sexual contra crianças e adolescentes é uma questão particularmente grave na região, além de evidenciar que a adolescência é uma fase de vulnerabilidade elevada.

Além disso, algumas dessas mesmas regiões mostram um aumento considerável nas notificações entre as faixas etárias de 20 a 29 anos, o que pode indicar que, ao longo do tempo, a violência sexual também tem se tornado uma problemática crescente entre adultos jovens, além de continuar a afetar fortemente a população infantojuvenil.

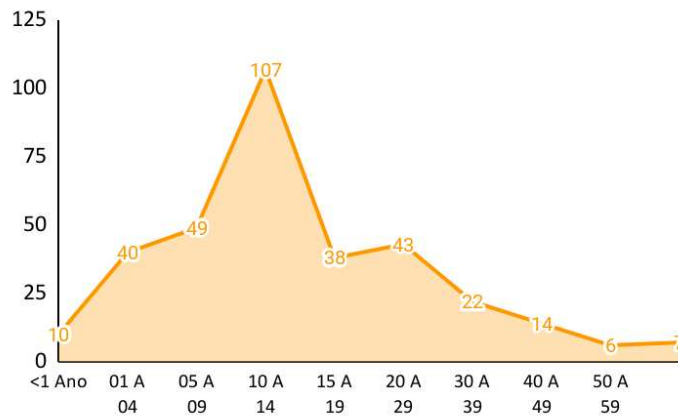
Por outro lado, na Região de Saúde Sobral, a faixa etária de 20 a 29 anos apresenta uma redução expressiva de registros, com apenas 7,39% das notificações, o que contrasta com o aumento observado nas demais regiões, onde a violência sexual entre adultos jovens tem crescido nas últimas décadas.

Gráfico 15 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe.



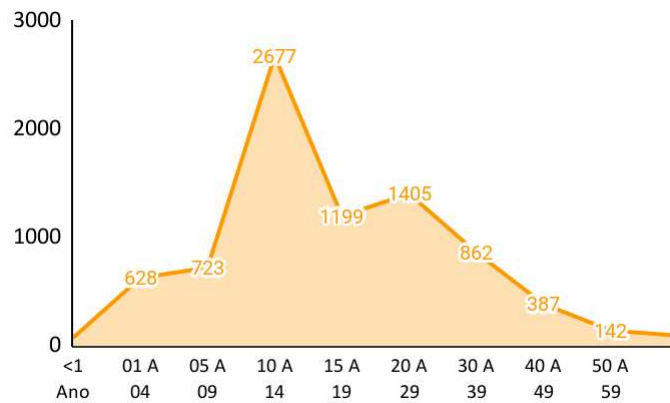
Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

Gráfico 16 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Sertão Central.



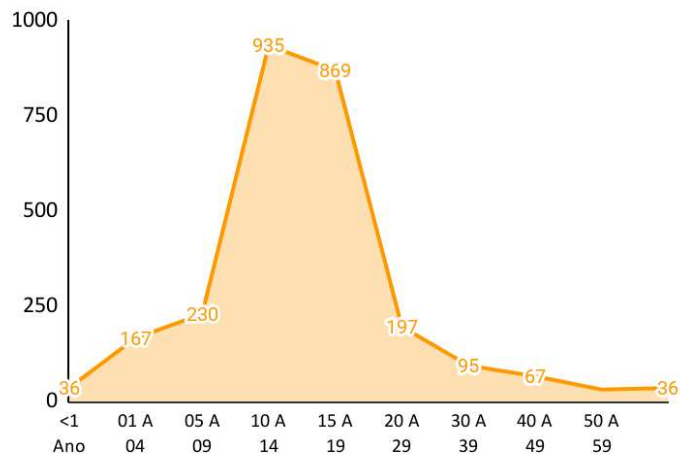
Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

Gráfico 17 - N° acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Fortaleza.



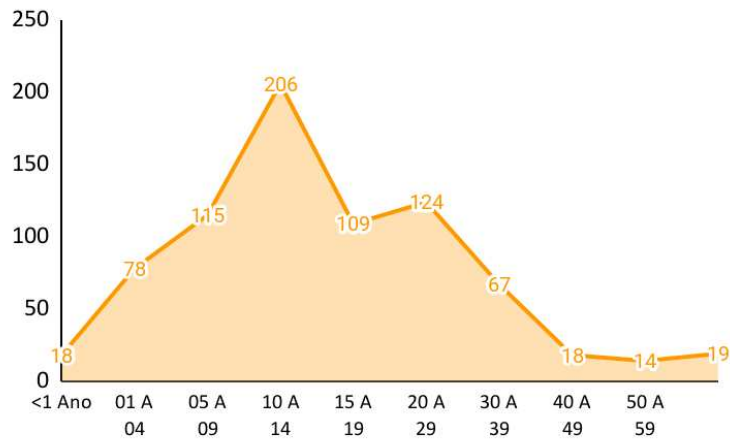
Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

Gráfico 18 - N° acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Sobral



Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

Gráfico 19 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa etária, registradas entre os anos de 2009 a 2023 na Região de Saúde Cariri.

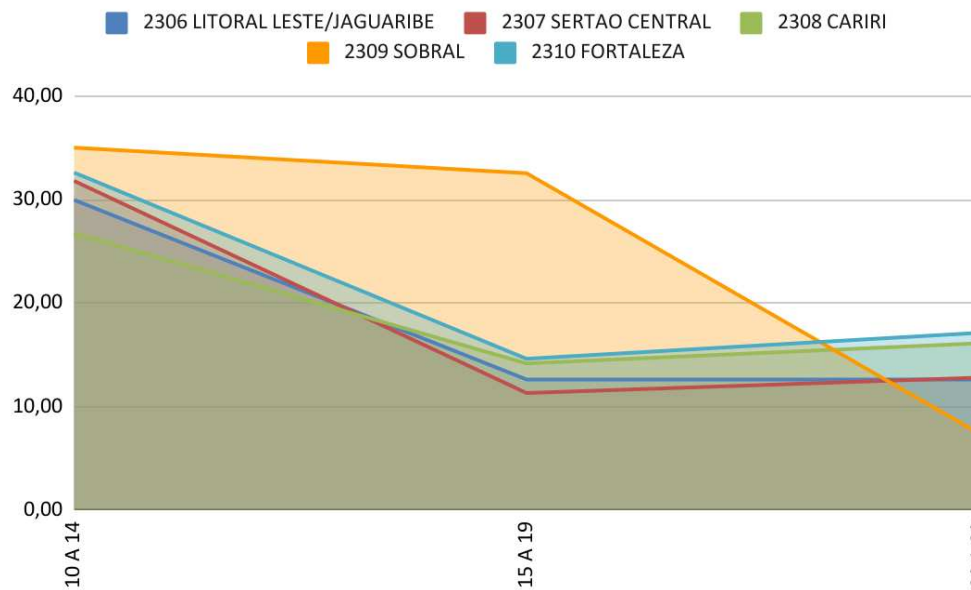


Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

Esses padrões distintos entre as regiões indicam que, embora a violência sexual afete predominantemente a população infantojuvenil, existem variações regionais que exigem abordagens específicas para o enfrentamento da questão. A região de Sobral, por exemplo, apresenta uma concentração mais expressiva de casos na faixa etária mais jovem, enquanto outras regiões têm registrado aumentos mais notáveis nas faixas etárias adultas jovens.

Essa disparidade aponta para a necessidade de intervenções direcionadas, levando em consideração as particularidades de cada região, para garantir a proteção e a redução da violência sexual, especialmente entre crianças e adolescentes.

Gráfico 20 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual por Região de Saúde, segundo grupo etário, Ceará, 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

De maneira geral, os dados indicam que 69,52% das vítimas de violência sexual no estado do Ceará são menores de 19 anos, o que corresponde a 8.616 notificações. Esse alto percentual evidencia a gravidade da situação, destacando que a maior parte das vítimas são ainda crianças e adolescentes, faixas etárias particularmente vulneráveis a esse tipo de violência.

Por outro lado, as vítimas com mais de 20 anos representam 30,36% do total de notificações, o que corresponde a 3.763 registros. Embora esse número seja expressivamente menor do que o das vítimas mais jovens, ele revela que a violência sexual também afeta um número considerável de adultos jovens, o que sugere que o problema é multifacetado, atingindo tanto o público infantil quanto adulto.

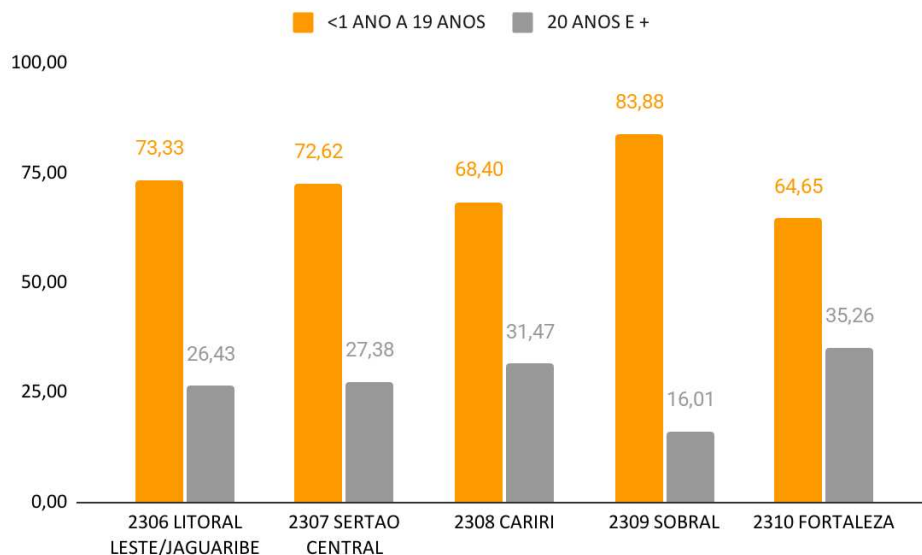
Essa diferença entre as faixas etárias é observada de forma consistente em todas as regiões do estado, o que reforça a ideia de que a violência sexual no Ceará é um problema significativo que perpassa todas as faixas etárias, embora com uma concentração maior nas idades mais jovens.

No entanto, a Região de Fortaleza se destaca por apresentar uma proporção um pouco diferente. Nessa região, 64,65% das vítimas têm idades entre 1 e 19 anos (n=5.301), enquanto 35,26% são maiores de 20 anos (n=2.891). Esse dado sugere que, embora a violência sexual também afete adolescentes e crianças em Fortaleza, existe uma maior incidência de casos envolvendo adultos jovens, indicando que, na capital, a violência sexual

tem se mostrado um problema crescente entre pessoas adultas, e não apenas entre a população infantojuvenil.

Porém, o padrão observado na Região Sobral é especialmente notável, pois há uma disparidade acentuada entre as faixas etárias. Nessa região, 83,88% das vítimas de violência sexual são menores de 19 anos, o que corresponde a 2.237 casos, enquanto apenas 16,01% das vítimas são maiores de 20 anos (n=427). Esse dado revela uma concentração alarmante de casos entre crianças e adolescentes, o que torna a Região Sobral uma das áreas mais preocupantes em termos de violência sexual contra a população jovem.

Gráfico 21 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual por grupo etário, segundo as Regiões de Saúde, Ceará, 2009 a 2023



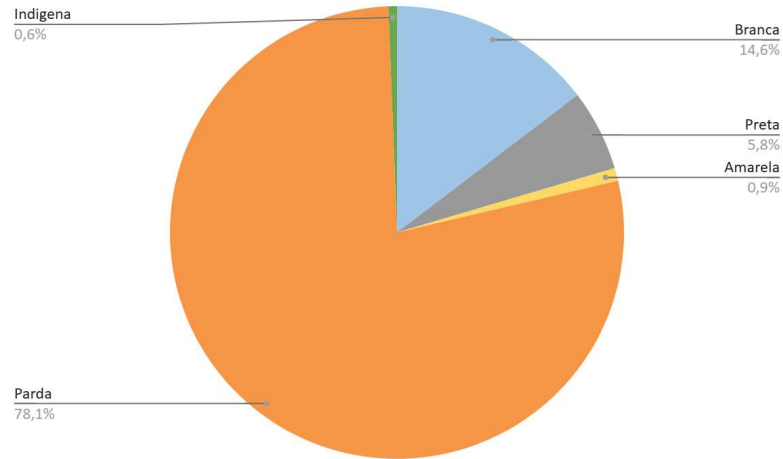
Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

Ao examinar a distribuição das notificações de crimes sexuais de acordo com a variável Raça/Cor, observa-se uma concentração considerável de vítimas na categoria de cor parda. Das notificações que contêm essa informação, 78,1% (n=9.194) referem-se a vítimas pardas, o que destaca uma clara predominância dessa etnia no contexto da violência sexual. Em comparação, as vítimas brancas representam 14,6% (n=1.721) do total de registros, enquanto as vítimas pretas correspondem a 5,8% (n=683). As vítimas de raça amarela são responsáveis por 0,9% (n=109) das ocorrências, e as vítimas indígenas representam 0,6% (n=72).

Esses dados evidenciam que a maior parte das vítimas de violência sexual no estado são pardas, sugerindo que esse grupo é mais vulnerável a esse tipo de violência, o que

pode estar relacionado a fatores socioeconômicos, históricos e culturais que afetam diretamente a população negra e parda.

Gráfico 22 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por raça/cor, Ceará, 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

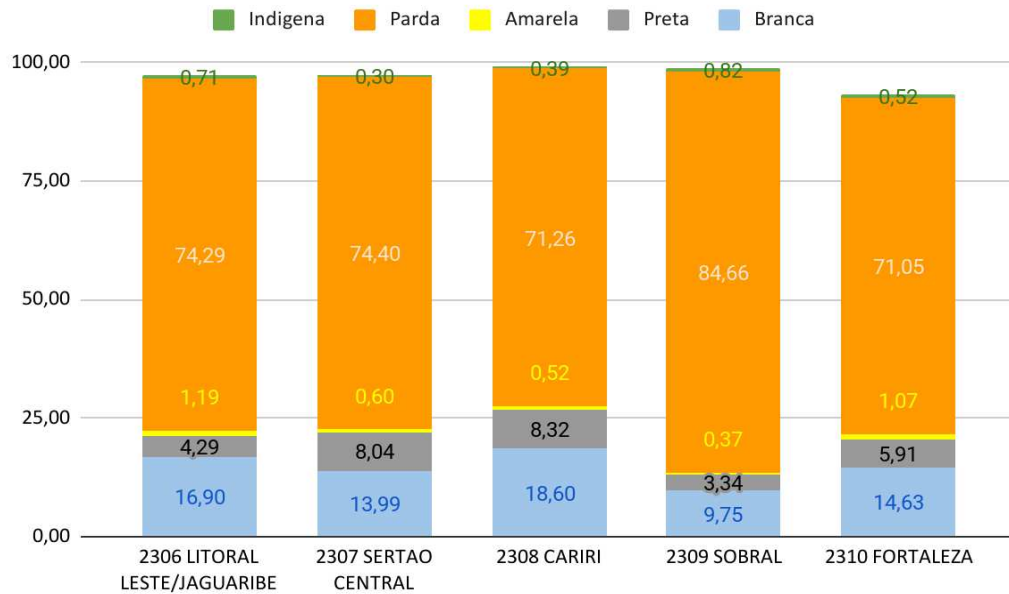
Ao analisar a distribuição das notificações de crimes sexuais conforme a variável raça/cor por Região de Saúde, observa-se uma tendência consistente em todas as cinco regiões do estado, com uma predominância de vítimas de cor/parda, representando, no mínimo, 71,05% dos casos em cada região. Essa predominância é mais evidente na Região Sobral, onde as vítimas pardas representam 84,66% do total de registros (n=2.258 de 2.667 casos), evidenciando uma clara concentração dessa etnia em relação à violência sexual nesta área. Esse dado sugere que as vítimas pardas são mais vulneráveis à violência sexual em diversas regiões do estado, refletindo desigualdades sociais e raciais específicas.

Por outro lado, a Região Cariri se destaca com a maior proporção de vítimas brancas, representando 18,60% (n=143 de 769 casos) dos registros de violência sexual. Além disso, essa região também apresenta a maior proporção de vítimas pretas, com 8,32% (n=64 de 769 casos), indicando uma diversidade nas vítimas de violência sexual, com uma representação significativa de ambos os grupos raciais.

Em relação às vítimas de raça/cor amarela e indígena, as maiores proporções foram observadas na Região Litoral Leste/Jaguaribe, com 1,19% (n=5 de 420 registros) para vítimas amarelas, e na Região Sobral, com 0,82% (n=22 de 2.667 casos) para vítimas indígenas. Esses dados revelam as variações regionais nas características das vítimas de violência sexual e reforçam a necessidade de políticas públicas que considerem as

especificidades raciais e regionais, visando uma abordagem mais eficaz e sensível às diferentes realidades.

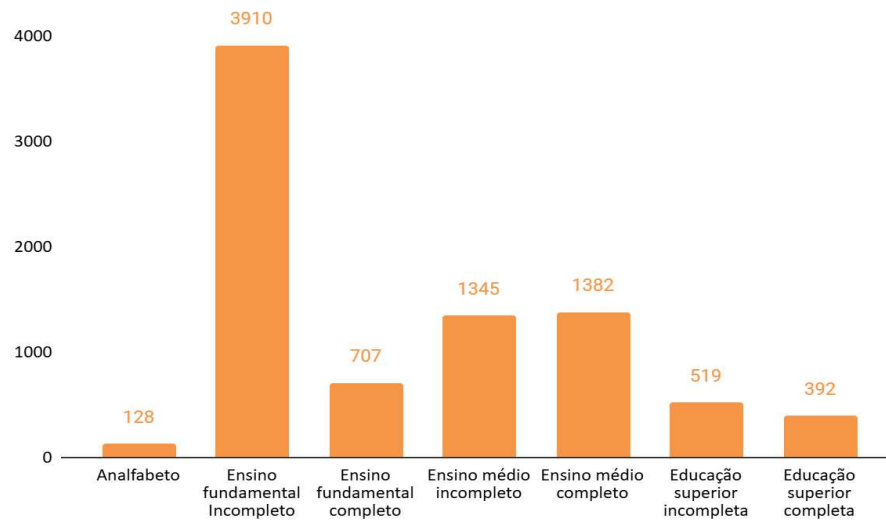
Gráfico 23 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual por raça/cor, segundo as Regiões de Saúde, Ceará, 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

No que tange à escolaridade das vítimas, constatou-se que, entre as 12.392 notificações analisadas, 4.009 casos apresentaram a informação “Ignorado” ou “Não se aplica”, correspondendo a 32,35% do total. Das 8.383 notificações que indicam a escolaridade das vítimas, observa-se no Gráfico 24 que 46,64% registros se referem a vítimas com Ensino Fundamental Incompleto (n=3.910), 16,49% possuem Ensino Médio Completo (n=1.382) e 16,04% possuem Ensino Médio Incompleto (n=1.345).

Gráfico 24 - Nº acumulado de notificações de casos de violência sexual, por faixa escolaridade, Ceará, 2009 a 2023.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados Brasil (2024b).

As informações apresentadas revelam que a violência sexual no Ceará é um problema grave e persistente, com uma série de características que merecem atenção para a formulação de políticas públicas mais eficazes.

Primeiramente, observa-se uma discrepância significativa entre os dados de notificações de violência sexual no âmbito da saúde e as ocorrências registradas pela SSPDS-CE, com o número de notificações na plataforma DataSUS sendo 53,76% inferior ao total de crimes sexuais registrados. Isso sugere que pode haver subnotificação ou limitação nos dados da saúde, o que dificulta a plena visibilidade sobre a realidade da violência sexual no estado.

Além disso, há uma tendência crescente no número de notificações ao longo do período analisado, podendo indicar uma intensificação na conscientização da sociedade e um maior esforço por parte das autoridades e profissionais de saúde para registrar os casos. Esse aumento também pode refletir uma maior disposição das vítimas e testemunhas de denunciarem os crimes. Entretanto, apesar dessa tendência geral de crescimento, as regiões do estado apresentam diferenças significativas em termos de números de notificações, com Fortaleza concentrando a maior parte dos casos, o que pode estar relacionado a uma maior infraestrutura de saúde e segurança na capital. Outras regiões, como Sobral, Cariri e Sertão Central, embora com números menores, apresentam dinâmicas próprias, com Sobral se destacando por uma variação atípica nas notificações.

O perfil das vítimas é alarmante, com uma predominância de mulheres (93,1%), refletindo a vulnerabilidade desse grupo. A faixa etária mais afetada é a de 10 a 14 anos,

seguida de 15 a 19 anos, o que destaca a gravidade da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Em relação à faixa etária das vítimas, 69,52% dos casos envolvem pessoas com menos de 19 anos, o que reforça a importância de estratégias voltadas para a prevenção entre crianças e adolescentes. A concentração dos casos em menores de 19 anos evidencia a necessidade urgente de políticas públicas que protejam esse público vulnerável, além de enfatizar a importância de intervenções educativas e preventivas, principalmente no ambiente escolar.

Em relação à escolaridade, a maioria das vítimas possui nível educacional baixo, o que pode estar vinculado a fatores socioeconômicos que as tornam mais vulneráveis à violência sexual, dado que precisa ser correlacionado com a idade da vítima. Isso sugere que, além de medidas de proteção, é necessário um esforço para combater as desigualdades educacionais e sociais que contribuem para essa vulnerabilidade.

Outro ponto relevante é a desigualdade racial observada nas vítimas. A predominância de vítimas pardas (78,1%) aponta para a necessidade de políticas públicas que considerem as desigualdades raciais no enfrentamento da violência sexual. Esse dado sugere que as comunidades mais vulneráveis, em especial as populações negras e pardas, são mais afetadas pela violência sexual e, portanto, devem ser alvo de intervenções específicas para reduzir essa disparidade. Mulheres indígenas, pretas e pardas sofrem mais violência do que mulheres brancas (Brasil, 2024b).

A análise das notificações por sexo também reforça a ideia de que as mulheres são as principais vítimas, mas há uma preocupação em algumas regiões, como no Cariri e Sertão Central, onde o percentual de vítimas masculinas é relativamente mais alto, o que indica a necessidade de olhar para a violência sexual em todas as suas dimensões, abrangendo todos os sexos.

Observa-se também que a Região de Fortaleza apresenta uma menor disparidade entre as faixas etárias, enquanto a Região de Sobral se destaca por uma maior concentração de vítimas menores de 19 anos, o que sugere padrões regionais distintos que devem ser levados em consideração nas políticas públicas de proteção e prevenção.

Por fim, a análise dos dados sobre a raça/cor das vítimas revela que, em todas as regiões do estado, há uma predominância de vítimas pardas, com Sobral apresentando o maior número de casos entre as vítimas dessa cor. Além disso, a Região Cariri se destaca por ter a maior proporção de vítimas brancas e pretas, o que também indica que a violência sexual no estado afeta diferentes grupos raciais de maneiras específicas e exige uma abordagem que

leve em conta as particularidades de cada grupo. A análise dos dados de raça/cor reforça a necessidade de políticas públicas que abordem as desigualdades raciais e que contemplem as especificidades de cada região para um enfrentamento mais eficaz da violência sexual.

Em resumo, a violência sexual no Ceará revela um cenário complexo, onde fatores como a subnotificação, as desigualdades sociais e educacionais, o sexo e a raça das vítimas, além das particularidades regionais, precisam ser cuidadosamente analisados para o desenvolvimento de políticas públicas mais direcionadas e eficazes. A conscientização, a educação e a proteção das vítimas são essenciais para combater essa grave violação dos direitos humanos e promover a segurança e o bem-estar da população, principalmente das crianças e adolescentes que representam a maior parte das vítimas.

6 ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE REGIONALIZADA PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL

Este capítulo tem como objetivo apresentar elementos para a construção de uma intervenção pública nos moldes de uma RAS, voltada para o atendimento de saúde às vítimas de violência sexual no Estado do Ceará. A proposta foi desenvolvida visando oferecer um modelo de atuação que integre tanto os aspectos técnicos da gestão dos serviços de saúde quanto as particularidades do contexto social territorial.

Para embasar essa proposta, foram utilizados os resultados das análises sobre o perfil das vítimas de crimes sexuais, as notificações de violência sexual e o conteúdo dos Planos de Saúde Regionais discutidos nos capítulos anteriores.

O texto aborda desde o diagnóstico do problema até o desenho da política pública proposta. Além disso, serão discutidos os indicadores de monitoramento e avaliação necessários para garantir a efetividade e a adaptação contínua das ações, assegurando que a intervenção seja alinhada com as necessidades emergentes da população e com os objetivos da saúde pública no Estado do Ceará.

6.1 Proposta de construção de uma rede de atenção à saúde regionalizada para o enfrentamento à violência sexual

Conforme discutido nos capítulos anteriores, a construção de uma intervenção pública eficaz na área da saúde exige uma abordagem estruturada e bem fundamentada, que leve em conta não apenas os aspectos técnicos da gestão de serviços, mas também as especificidades e demandas do contexto social. A análise detalhada dos problemas de saúde, das necessidades da população e das políticas públicas existentes é essencial para o desenvolvimento de estratégias que possam ser implementadas de forma coordenada e, ao mesmo tempo, sustentáveis a longo prazo.

Nesse contexto, é imprescindível adotar um modelo de planejamento que permita a avaliação contínua dos resultados e a adaptação das ações conforme os desafios e as realidades encontradas durante a execução. A utilização de referenciais que proporcionem uma visão holística e que seja fundamentada em construtos teóricos se configura como uma estratégia crucial para garantir a efetividade das intervenções.

A proposta de intervenção, portanto, foi fundamentada no Guia de Análise Ex-Ant da Casa Civil (2018), que destaca os elementos necessários para o desenvolvimento de políticas públicas. A escolha desse referencial como modelo teórico justifica-se pela abordagem sistemática de formulação de políticas públicas que o documento oferece,

permitindo a elaboração de intervenções baseadas em evidências, com análise de riscos e benefícios, além de uma visão preditiva dos resultados esperados e dos impactos potenciais da intervenção.

Ademais, a proposta está alinhada à estruturação de uma RAS, conforme proposto por Mendes (2011). Através da RAS, o objetivo é garantir que a população tenha acesso contínuo e de qualidade aos serviços de saúde, desde a Atenção Básica até a alta complexidade. Nesse modelo, as redes envolvem um conjunto de componentes interligados e a articulação com outros setores.

Segundo Mendes (2011), e como já abordado em capítulos anteriores, a ideia central é que as unidades de saúde, consideradas pontos de atenção, como postos de saúde, unidades de urgência, hospitais e centros especializados, trabalhem de forma colaborativa para oferecer um cuidado integral ao paciente, adaptado às suas necessidades e condições locais. Neste contexto, o modelo organizativo do autor destaca a importância de três componentes fundamentais: o Sistema de Apoio, o Sistema Logístico e o Sistema de Gestão/Governança (Mendes, 2011).

O Sistema de Apoio na RAS engloba estruturas e serviços auxiliares essenciais para garantir a eficácia no atendimento. Isso inclui serviços de diagnóstico, transporte de pacientes entre unidades de saúde e sistemas de informações para o registro e acompanhamento dos pacientes. Além disso, envolve profissionais de apoio, como técnicos e auxiliares de enfermagem, que colaboram para assegurar a continuidade e a efetividade do cuidado em todos os níveis da rede (Mendes, 2011).

O Sistema Logístico na RAS é responsável pela organização e distribuição de recursos materiais e humanos, garantindo que os insumos necessários para o atendimento estejam disponíveis nos locais adequados. Ele abrange a gestão de equipamentos, medicamentos e materiais, além do transporte de pacientes e profissionais entre as unidades de saúde. A eficiência desse sistema é fundamental para o funcionamento integrado da rede e para evitar falhas no atendimento (Mendes, 2011).

O Sistema de Gestão/Governança da RAS tem como função planejar, coordenar e monitorar as atividades da rede de saúde, incluindo a administração da política pública, o financiamento, as normas de atendimento e a avaliação de desempenho. Ele envolve a governança de gestores, organizações e entidades, assegurando que a RAS seja implementada de acordo com os objetivos da saúde pública, com transparência, responsabilidade e controle social (Mendes, 2011).

A presente propositura visa integrar os três componentes essenciais de uma RAS ao desenho de uma política pública, conforme o modelo apresentado no Guia de Análise Ex-Ant da Casa Civil. A proposta contempla os seguintes elementos: diagnóstico do problema, proposta de desenho da política e sua caracterização, proposta de modelo lógico da política e indicadores, levantamento do impacto orçamentário e financeiro, estratégia de implementação, estratégia de construção de confiança e suporte, estratégia de monitoramento, avaliação e controle, mensuração do retorno econômico e social

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

PROPOSTA PARA O DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA	
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E LEVANTAMENTO DE EVIDÊNCIAS	<p>O Estado do Ceará apresenta um alto número de vítimas de violência sexual. O perfil das vítimas é marcado, em sua maioria, por crianças e adolescentes (especialmente na faixa etária de 10 a 14 anos), com predominância no gênero feminino, de raça/cor parda, com escolaridade Ensino Fundamental Incompleto.</p> <p>Não há uma distribuição homogênea dos números de crimes e do perfil de vítimas em todas as regiões de saúde do Ceará, evidenciando a necessidade de se trabalhar o olhar regionalizado para a elaboração destas intervenções. Verifica-se que o número de registros de crimes sexuais divulgados pela Secretaria de Segurança pública é 53,76% superior ao número de notificações de violência sexual realizado nos atendimentos de serviços de saúde.</p> <p>A tendência crescente dessa violência evidencia a urgência de um atendimento de saúde qualificado e especializado para essas vítimas, a fim de proporcionar o suporte necessário para o enfrentamento das consequências físicas e psicológicas desses crimes.</p> <p>Registro de ocorrências de crimes sexuais no Ceará - SSPDS-CE: Dados de 2009 a 2023 indicam com perfil de crescimento dos registros a partir de 2021, somando 26.801 vítimas até o ano de 2023. Destes, 80,32% dos casos englobam a idade de 0 a 19 anos, com maior incidência na faixa etária de 10 a 14 anos (37,82%).</p> <p>A análise da distribuição espacial das ocorrências ao longo do período revela que as Regiões de Saúde Cariri, Sertão Central e Sobral apresentaram um aumento no registro de casos. Quanto à distribuição socioespacial das ocorrências específicas entre os anos de 2019 a 2023, as maiores taxas médias foram observadas nas Regiões de Saúde Sertão Central, Sobral e Fortaleza. Nesse período, as Áreas de Descentralizadas de Saúde (ADS) com as maiores taxas em cada região foram: ADS Tianguá (28,02), ADS Itapipoca (25,29), ADS Tauá (24,16), ADS Aracati (21,78) e ADS Crato (21,55).</p> <p>É importante destacar a grande subnotificação dos registros, com 78,34% dos casos sem informações sobre a raça ou cor da vítima. Entre as vítimas cujas informações raciais foram registradas, predominam as vítimas pardas (74,57%), o que aponta para desigualdades raciais na ocorrência desses crimes. A faixa etária das vítimas mais afetadas corresponde majoritariamente a indivíduos com menos de 19 anos, somando 80,33% dos casos. Dentre essas vítimas, as mais vulneráveis estão nas faixas etárias de 10 a 14 anos (37,82%) e de 5 a 9 anos (19,17%).</p> <p>No que tange à distribuição espacial, observa-se um crescimento contínuo nas taxas de crimes sexuais nas regiões de Cariri, Sertão Central e Sobral. No âmbito municipal, os maiores números absolutos de ocorrências estão concentrados nos municípios de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Sobral e Juazeiro do Norte.</p>

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA PARA O DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA	
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E LEVANTAMENTO DE EVIDÊNCIAS	<p>Notificações de casos de violência sexual - Ministério da Saúde (CE): Entre 2009 e 2023, foram registradas 12.392 ocorrências no estado do Ceará. O perfil de vítimas indica a predominância de mulheres (93,1%), porém Cariri e Sertão Central, onde o percentual de vítimas masculinas é relativamente mais alto. A faixa etária de 10 a 14 anos é a mais acometida, seguida de 15 a 19 anos, assim 69,52% dos casos envolvem vítimas com menos de 19 anos, com predominância de pessoas pardas (78,1%)</p> <p>Observa-se também que a Região de Fortaleza apresenta uma menor disparidade entre as faixas etárias, enquanto a Região de Sobral se destaca por uma maior concentração de vítimas menores de 19 anos, o que sugere padrões regionais distintos que devem ser levados em consideração nas políticas públicas de proteção e prevenção.</p>
CAUSAS POTENCIAIS DO PROBLEMA	Fenômeno multifatorial: aspectos sociais e culturais (patriarcado, machismo), a alta demanda, vítimas pertencentes a grupos vulneráveis, falta de articulação entre políticas públicas na mesma temática.
ALINHAMENTO COM METAS E COMPROMISSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS	<p>Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher “Convenção de Belém do Pará” (Brasil, 1994)</p> <p>Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ONU (Nações Unidas, 2025): ODS 5: O objetivo é alcançar a igualdade de gênero e empoderar mulheres e meninas, eliminando todas as formas de violência contra elas, incluindo o tráfico e exploração sexual. ODS 16: O objetivo é promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas, reduzindo todas as formas de violência, incluindo o abuso sexual, exploração, tráfico e tortura.</p>
RAZÕES PARA QUE O PROBLEMA SEJA ALVO DE INTERVENÇÃO DO ESTADO	<p>A alta incidência de crimes sexuais no Estado do Ceará, no período de 14 anos, é um dado preocupante que pode ser reflexo de questões profundas de desigualdade social, falta de políticas públicas eficazes e a necessidade de um maior investimento em educação e conscientização sobre direitos humanos.</p> <p>A violência sexual tem impactos significativos, tanto físicos quanto psicológicos, com consequências à longo prazo.</p> <p>O papel das instituições de segurança, saúde e educação é crucial para quebrar o ciclo de impunidade e promover uma cultura de respeito, igualdade e proteção.</p>
PROPOSTA PARA O DESENHO DA POLÍTICA E SUA CARACTERIZAÇÃO	
OBJETIVO DA POLÍTICA PÚBLICA	Fortalecer o sistema de saúde público cearense para o acolhimento às vítimas de violência sexual, qualificando as ações assistenciais em saúde.
PÚBLICO-ALVO	Vítimas de violência sexual no estado do Ceará, especialmente mulheres, pardas, menores de 19 anos.
RESULTADOS ESPERADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora no atendimento integral e humanizado às vítimas; • Aumento da resolução e continuidade do cuidado; • Redução da revitimização e fortalecimento da confiança no sistema de saúde; • Aumento do número de denúncias e notificações; • Integração e articulação dos serviços existentes; • Prevenção da violência sexual e promoção de políticas públicas; • Redução dos impactos psicológicos e emocionais para as vítimas; • Fortalecimento da rede de informações e monitoramento; • Equidade e olhar qualificado às vulnerabilidades das vítimas.
COBERTURA DA POLÍTICA	Pelo menos 95% das vítimas de violência sexual identificadas pelo sistema de segurança pública devem ser atendidas nos serviços de saúde, indicador a ser evidenciado pelo aumento das notificações de violência sexual a serem realizadas em cada atendimento.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA PARA O DESENHO DA POLÍTICA E SUA CARACTERIZAÇÃO		
OBJETIVO DA POLÍTICA PÚBLICA	Fortalecer o sistema de saúde público cearense para o acolhimento às vítimas de violência sexual, qualificando as ações assistenciais em saúde.	
PÚBLICO-ALVO	Vítimas de violência sexual no estado do Ceará, especialmente mulheres, pardas, menores de 19 anos.	
RESULTADOS ESPERADOS	Melhora no atendimento integral e humanizado às vítimas; Aumento da resolução e continuidade do cuidado; Redução da revitimização e fortalecimento da confiança no sistema de saúde; Aumento do número de denúncias e notificações; Integração e articulação dos serviços existentes; Prevenção da violência sexual e promoção de políticas públicas; Redução dos impactos psicológicos e emocionais para as vítimas; Fortalecimento da rede de informações e monitoramento; Equidade e olhar qualificado às vulnerabilidades das vítimas.	
COBERTURA DA POLÍTICA	Pelo menos 95% das vítimas de violência sexual identificadas pelo sistema de segurança pública devem ser atendidas nos serviços de saúde, indicador a ser evidenciado pelo aumento das notificações de violência sexual a serem realizadas em cada atendimento.	
SELEÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS	Sob demanda pela procura do serviço público específico de acordo com estratégias de intervenção a serem adotadas.	
ATORES ENVOLVIDOS	Secretaria Estadual de Saúde	Proposição da Rede. Financiamento da política no PPA. Articulação intra e intersetorial, Fornecimento de subsídios (site institucional, profissionais de referência para o curso, etc.). Articulação para a formalização da política nos aspectos legais e normativos
	Secretários Municipais de Saúde	Colaboração com a proposição da Rede. Contrapartida de financiamento da política. Implementação das ações em nível municipal. Fornecimento de subsídios locais para a execução (local, profissionais, serviços municipais)
	Gestores de saúde pública de âmbito estadual e municipal;	Elaboração da estratégia, contribuição com conhecimento técnico, articulação intra e intersetorial, proposição de direcionamento das estratégias mediante a realidade local.
	Profissionais de Saúde	Qualificação formativa. Execução da política. Colaboradores no aperfeiçoamento da estratégia.
	Espaços Colegiados de Decisão e Pactuação do SUS	Conselho de Saúde Municipal, Câmaras Técnicas e Subcomissões regionais, Comissão Intergestores Regionais (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com apreciação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-CE) e Conselho de Saúde Estadual (CESAU-CE).
	Conselhos de Saúde	Colaboração com especificidades identificadas. Apoio à implementação da política. Fiscalização e monitoramento das ações.
	Movimentos Sociais na temática	Auxílio no levantamento de questões importantes para o enfrentamento da problemática. Proposição de intervenções. Auxílio na legitimação da política para a sociedade
AÇÕES A SEREM EXECUTADAS: MEIOS E INSTRUMENTOS	05 Eixos para a Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual: 1. Regionalização e Infraestrutura 1.1. Mapeamento da infraestrutura existente: Identificar e categorizar os serviços de saúde nas cinco regiões do Ceará, com foco na cobertura de atenção primária, unidades de urgência e emergência e serviços especializados, como os Centros de Referência em Atendimento à Mulher (CRAM) e serviços de acolhimento psicossocial.	

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA PARA O DESENHO DA POLÍTICA E SUA CARACTERIZAÇÃO	
AÇÕES A SEREM EXECUTADAS: MEIOS E INSTRUMENTOS	<p>1.2 Integração com as Redes de Atenção: Inclusão da atenção às vítimas de violência sexual nas redes já existentes que correlacionam-se com a temática, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de Urgência e Emergência (RUE).</p> <p>2. Linha de Cuidado Regionalizada</p> <p>2.1. Estabelecimento de Protocolo Estadual de atendimento às vítimas de violência sexual, com padronização de ações e serviços a serem oferecidos em todos os atendimentos, de acordo com a Lei 12.845 de 01/08/2013;</p> <p>2.2. Estabelecimento das Linhas de Cuidado Regionalizadas, para que se possa planejar o itinerário terapêutico das vítimas de crimes sexuais nos serviços públicos de saúde, de acordo com cada necessidade e mediante a disponibilidade das ações e serviços na região. Definição de uma linha de cuidado para cada território regional.</p> <p>3. Capacitação da Força de Trabalho</p> <p>3.1. Articulação com a referência estadual em Educação Permanente para a elaboração de um programa de capacitação estadual para os profissionais que realizam o atendimento imediato às vítimas de violência sexual, seja em âmbito hospitalar, seja na Atenção Primária à Saúde.</p> <p>3.1.1. Proposta de curso de formação on-line na temática de atendimento de saúde às vítimas de violência sexual para Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, realizados através de parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará.</p> <p>3.1.2. Inclusão dos NUREPS e NUMEPS nas articulações da formação do curso on-line para os profissionais das regiões, bem como a elaboração de ações para serem empreendidas junto às instituições formadoras em saúde da região, considerando a importância da disseminação desse conteúdo ainda na formação dos estudantes em saúde. Proposta de Evento Regional Anual temático (Fórum, Encontro, etc.), em parceria com as instituições formadoras em saúde, tendo como público-alvo os estudantes em formação</p> <p>4. Intersetorialidade e Comunicação</p> <p>4.1. Plano de Comunicação (detalhado mais à frente)</p> <p>4.2. Articulação intersetorial com outras instituições públicas que trabalham a temática e que se correlacionam no atendimento a estas vítimas (Segurança Pública, Justiça, Defensoria, Serviço Social)</p> <p>5. Monitoramento e Avaliação</p> <p>5.1. Monitoramento periódico, minimamente trimestral, considerando os indicadores propostos.</p> <p>5.2. Realizado no âmbito dos espaços colegiados (CIB, CIR e CGRS)</p> <p>5.3. Avaliação periódica anual, realizado no âmbito dos espaços colegiados (CIB, CIR e CGRS)</p> <p>Para estruturação da rede de atenção, devem ser considerados nos eixos acima os seguintes componentes de uma Rede de Atenção à Saúde, conforme propõe Eugênio Vilaça Mendes (2011):</p>

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação	
PROPOSTA PARA O DESENHO DA POLÍTICA E SUA CARACTERIZAÇÃO	
AÇÕES A SEREM EXECUTADAS: MEIOS E INSTRUMENTOS	<p>COMPONENTE SISTEMA DE APOIO: Gestão e Organização (definição de responsabilidades), Infraestrutura, Tecnologia e Sistemas de Informação, Recursos Humanos, Logística e Transporte e Apoio Interinstitucional (atrelado à estratégia de confiança e suporte aqui mencionadas).</p> <p>COMPONENTE SISTEMA LOGÍSTICOS: Gestão de Materiais e Medicamentos, Transporte de Pacientes, Infraestrutura e Equipamentos, Gestão de Dados e Informações, Planejamento e Estratégia, Sustentabilidade e eficiência no uso de recursos.</p> <p>COMPONENTES SISTEMA DE GOVERNANÇA: Estrutura de Governança multinível (Estado, Regiões, COADSS, Município, Serviços), Participação Social e Controle Social, Planejamento e Monitoramento, Gestão de Recursos e Financiamento, Integração das Redes de Atenção à Saúde, Políticas de Saúde e adaptação aos contextos e especificidades locais, Capacitação e Desenvolvimento de Lideranças e gestão participativa.</p> <p>As pactuações poderão ser realizadas nas instâncias sociais e deliberativas do SUS já existentes: Discussão da proposta da rede nas reuniões de Comissão Intergestores Regionais (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com apreciação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-CE) Conselho de Saúde Estadual (CESAU-CE). Encaminhamento do texto para deliberação normativa na Casa Civil (em caso de portaria governamental) e posterior divulgação.</p> <p>Como estratégia de implementação, as ações podem partir da priorização das ADSs e Regiões de Saúde do Estado com maiores taxas de ocorrência de crimes sexuais. A proposta de implantação pode se dar, paulatinamente, na Região de Saúde e municípios em forma de projeto- piloto.</p>
PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>INSUMOS</p> <p>1.Regionalização e Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dados e informações sobre a infraestrutura de saúde existente na região (ex: hospitais, unidades básicas de saúde, serviços especializados). ● Mapas geográficos e informações demográficas para compreender a distribuição da população e a localização dos serviços. ● Recursos financeiros para a realização do mapeamento e da integração das redes. ● Equipe técnica (gestores, especialistas em saúde pública, analistas de dados) e consultores para realizar o levantamento e análise da infraestrutura. ● Apoio de sistemas de informação (ex: Sistema de Informação de Atenção à Saúde ou outras bases de dados). ● Parcerias com redes de saúde já existentes (ex: SUS, unidades especializadas de atendimento a vítimas de violência, serviços de acolhimento e proteção). <p>2. Linha de Cuidado Regionalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pesquisas e dados epidemiológicos sobre violência sexual na região, identificando as necessidades específicas e padrões de violência. ● Levantamento de documentos e protocolos existentes sobre atendimento às vítimas de violência sexual (ex: diretrizes do SUS, políticas federais e estaduais). ● Identificação de equipe técnica qualificada (profissionais de saúde, psicólogos, assistentes sociais, advogados, gestores de saúde pública).

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>INSUMOS</p> <p>2. Linha de Cuidado Regionalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consultoria jurídica e de direitos humanos para garantir que o protocolo e as linhas de cuidado estejam em conformidade com a legislação e os direitos das vítimas. ● Apoio financeiro e recursos materiais para o desenvolvimento e a disseminação dos protocolos e capacitação dos profissionais. ● Levantamento de estrutura de serviços de saúde já existentes (unidades de saúde, hospitais especializados, centros de acolhimento) ● Disponibilidade de tecnologia da informação e sistemas de monitoramento para documentar e acompanhar o atendimento às vítimas. ● Estabelecimento de parcerias interinstitucionais com organizações civis, delegacias especializadas, e outras redes de apoio social. <p>3. Capacitação da Força de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico da força de trabalho atual: Levantamento das habilidades e competências dos profissionais de saúde, segurança pública e assistência social que lidam com as vítimas de violência sexual. ● Referências e diretrizes sobre atendimento a vítimas de violência sexual: Normas técnicas, protocolos de atendimento, manuais de boas práticas e orientações sobre a abordagem das vítimas de violência sexual. ● Apoio de especialistas em saúde, psicologia, assistência social e direitos humanos: Consultores e profissionais qualificados para ajudar a desenvolver o conteúdo da capacitação. ● Referências estaduais e nacionais em Educação Permanente: Parceiros da rede estadual que já trabalham com a educação continuada de profissionais de saúde e segurança. ● Recursos financeiros: Orçamento destinado ao desenvolvimento do programa de capacitação, incluindo custos com materiais, professores, logísticas de eventos de treinamento, etc. ● Plataformas e recursos tecnológicos: Sistemas e tecnologias para apoiar a capacitação à distância (se necessário), como plataformas de e-learning ou recursos audiovisuais. ● Dados sobre a violência sexual e o impacto no atendimento: Informações sobre a prevalência de violência sexual, os desafios enfrentados pelos profissionais e as necessidades de capacitação específicas. <p>4. Intersetorialidade e Comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mapeamento das instituições e serviços existentes: Identificação das instituições que já atuam no atendimento às vítimas de violência sexual, como saúde, segurança pública, justiça, assistência social, defensorias públicas, entre outras. ● Protocolos e normativas de atendimento intersetorial: Diretrizes e procedimentos já existentes que guiam a articulação entre os diferentes setores e serviços. ● Dados sobre a violência sexual e o atendimento a vítimas: Informações sobre a prevalência de violência sexual, lacunas nos serviços existentes, e necessidades específicas de articulação. ● Capacidade técnica e logística de comunicação: Ferramentas e recursos de comunicação (como plataformas digitais, assessoria de imprensa, redes sociais, etc.) para garantir a disseminação de informações e o engajamento entre as partes.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>INSUMOS</p> <p>4. Intersetorialidade e Comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Experiências anteriores de articulação intersetorial: Avaliação de modelos e estratégias intersetoriais que já foram implementadas em outras regiões ou programas. ● Equipe técnica especializada: Profissionais de comunicação, gestores de políticas públicas, assessores intersetoriais, e consultores para ajudar a coordenar a articulação entre as diferentes áreas. ● Orçamento e recursos financeiros: Recursos para garantir que o plano de comunicação e as ações intersetoriais sejam implementados de forma eficaz. <p>5. Monitoramento e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Indicadores de desempenho e resultados: Indicadores previamente definidos para monitorar e avaliar a implementação da política pública, como tempo de atendimento às vítimas, número de profissionais capacitados, taxas de resolução de casos, etc. ● Relatórios e dados de serviços: Informações sobre a execução dos serviços de saúde, segurança pública, assistência social, etc., relacionados ao atendimento às vítimas de violência sexual. ● Ferramentas de monitoramento: Sistemas ou plataformas digitais para coletar, organizar e analisar os dados (ex: sistemas de gestão de saúde pública, plataformas de monitoramento de políticas públicas). ● Equipe técnica de monitoramento e avaliação: Profissionais especializados em análise de dados, indicadores de saúde pública, gestão de políticas públicas, avaliações qualitativas, gênero, racialidade e vulnerabilidades sociais. ● Documentos normativos e planos de ação: Diretrizes, planos de ação, protocolos e estratégias que guiam a implementação da política e que devem ser monitorados e avaliados. ● Capacidade técnica dos membros das comissões: Capacitação e recursos para os membros das comissões (CIB, CIR, CGRS) realizarem o monitoramento e avaliação de forma eficiente. ● Orçamento para monitoramento e avaliação: Recursos financeiros para coletar dados, realizar reuniões periódicas de avaliação e garantir o acompanhamento das metas.
	<p>ATIVIDADES</p> <p>1. Regionalização e Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Levantamento e mapeamento da infraestrutura existente: Identificação dos serviços de saúde disponíveis (hospitais, clínicas, unidades de saúde, serviços especializados) na região. ● Análise da qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde: Avaliação da capacidade de atendimento, acessibilidade, infraestrutura e qualidade do serviço. ● Identificação das lacunas na rede de serviços: Mapeamento das áreas com carência de atendimento e recursos. ● Integração com as Redes de Atenção já existentes: Identificação de redes de atenção (ex: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial) e ações de integração para fortalecer a rede existente. ● Desenvolvimento de estratégias para integração entre os serviços de saúde: Definir fluxos de atendimento e coordenação entre os serviços mapeados, de modo a garantir continuidade e efetividade na assistência à população.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>ATIVIDADES</p> <p>1.Regionalização e Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Engajamento de stakeholders locais: Realização de reuniões com gestores, profissionais de saúde, organizações civis, entre outros, para envolver todos no processo de integração. ● Levantamento de estratégias para a consideração do perfil de vítimas e suas vulnerabilidades (mulheres, menores de idade, pardas). <p>2. Linha de Cuidado Regionalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inclusão da temática de violência sexual e da Rede nos 05 Planos de Saúde Regionais, como prioridades sanitárias. ● Desenvolvimento do Protocolo Estadual de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: Elaborar e padronizar um protocolo único para o atendimento das vítimas de violência sexual, que aborde desde o acolhimento inicial até o acompanhamento contínuo. ● Planejamento e definição das Linhas de Cuidado Regionalizadas: Estruturar as diferentes etapas do atendimento nas regiões, considerando as especificidades de cada localidade e o itinerário terapêutico das vítimas (ex: acolhimento, primeiros socorros, atendimento psicológico, acompanhamento médico). ● Capacitação dos profissionais de saúde e segurança pública: Treinar médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes de segurança, e outros profissionais para implementar o protocolo de forma eficaz. ● Integração de serviços de saúde, segurança e assistência social: Garantir que os serviços de saúde, atendimento psicológico e jurídico estejam coordenados, permitindo um atendimento integral e contínuo. ● Estruturação de fluxos de encaminhamentos e acompanhamento: Definir e implementar fluxos claros para o atendimento das vítimas, incluindo a articulação entre hospitais, unidades de saúde, psicólogos, advogados e centros de acolhimento. ● Sensibilização da sociedade e dos profissionais: Realizar campanhas e atividades educativas para sensibilizar a população e os profissionais de saúde e segurança sobre a importância do protocolo e do atendimento adequado. <p>3.Capacitação da Força de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Levantamento de necessidades de capacitação: Realizar uma análise das lacunas de conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde e segurança pública, em relação ao atendimento às vítimas de violência sexual. ● Articulação com a referência estadual em Educação Permanente: Trabalhar com a equipe de Educação Permanente para criar um programa estruturado de formação continuada. ● Desenvolvimento do conteúdo do programa de capacitação: Elaborar módulos de capacitação focados no atendimento imediato às vítimas, abordando aspectos médicos, psicológicos, legais e sociais, com ênfase na humanização do atendimento. ● Elaboração de material didático: Criar materiais como manuais, apostilas, vídeos e recursos audiovisuais que possam ser utilizados durante a capacitação. ● Definição de estratégias de ensino: Planejar as metodologias de ensino, incluindo aulas presenciais, online, workshops, simulações e estudos de caso. ● Capacitação dos profissionais: Implementar a capacitação dos profissionais de saúde, segurança pública e assistência social por meio de cursos presenciais e/ou a distância, palestras, treinamentos práticos e supervisão.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>ATIVIDADES</p> <p>3.Capacitação da Força de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Monitoramento e avaliação da eficácia da capacitação: Desenvolver mecanismos para avaliar o impacto da capacitação, coletando feedback dos participantes e ajustando o programa conforme necessário. <p>4.Intersetorialidade e Comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico da articulação intersetorial existente: Avaliação das práticas atuais de comunicação e integração entre as instituições envolvidas no atendimento às vítimas de violência sexual. ● Desenvolvimento do Plano de Comunicação Intersetorial: Criar um plano estratégico de comunicação que defina objetivos, canais de comunicação, mensagens-chave, públicos-alvo, cronogramas e responsabilidades para facilitar a interação entre as instituições e garantir a transparência. ● Definição de fluxos de informações: Estabelecer procedimentos para a troca de informações entre as diferentes instituições (saúde, segurança pública, justiça, defensorias, assistência social, etc.), garantindo a coordenação eficaz. ● Capacitação das equipes sobre comunicação interinstitucional: Promover treinamentos para os profissionais das diversas áreas, garantindo que todos entendam a importância da articulação e saibam como se comunicar de forma eficaz com as outras instituições. ● Criação de canais de comunicação direta: Estabelecer canais e plataformas específicas para o compartilhamento de informações entre os profissionais envolvidos no atendimento às vítimas (ex: grupos em plataformas de mídia social, sistemas online de monitoramento). ● Realização de reuniões interinstitucionais: Promover encontros periódicos entre as instituições para discutir as necessidades de articulação, resolver problemas operacionais e avaliar o progresso das ações. ● Promoção de campanhas de sensibilização e informação pública: Criar campanhas educativas e informativas sobre o atendimento às vítimas de violência sexual, tanto para os profissionais quanto para a população em geral. ● Monitoramento e avaliação da comunicação intersetorial: Acompanhar a eficácia da comunicação e da articulação intersetorial, ajustando estratégias conforme necessário. <p>5.Monitoramento e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desenvolvimento de um plano de monitoramento e avaliação: Definir claramente os indicadores, a frequência do monitoramento (trimestral), as responsabilidades e os processos de coleta de dados. ● Coleta e análise de dados: Coletar dados sobre o desempenho e os resultados dos serviços (ex: tempo de atendimento, capacitação dos profissionais, satisfação das vítimas, efetividade das redes de atendimento). ● Monitoramento periódico (trimestral): Realizar revisões trimestrais para avaliar o progresso em relação aos indicadores estabelecidos e identificar ajustes necessários. ● Realização de reuniões interinstitucionais (CIB, CIR, CGRS): Reuniões regulares nos espaços colegiados para revisar os dados de monitoramento e discutir ações corretivas ou de aprimoramento. ● Ajustes no plano de ação: Com base nos resultados do monitoramento, propor modificações ou ajustes nas estratégias de implementação da política pública. ● Avaliação anual (qualitativa e quantitativa): Conduzir uma avaliação abrangente e formal a cada ano, considerando os resultados obtidos ao longo do período.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>ATIVIDADES</p> <p>5. Monitoramento e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Elaboração de relatórios de monitoramento e avaliação: Produzir relatórios detalhados para cada ciclo de monitoramento e avaliação, com análises de dados e recomendações. ● Disseminação de resultados: Compartilhar os resultados do monitoramento e da avaliação com os membros das comissões, gestores e a sociedade, promovendo a transparência.
	<p>PRODUTOS</p> <p>1. Regionalização e Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Relatório de mapeamento da infraestrutura existente: Documento que detalha os serviços de saúde na região, sua localização, capacidades e recursos. ● Mapa regional de serviços de saúde: Uma visualização gráfica da rede de saúde existente, com informações sobre serviços, especialidades e capacidades. ● Plano de integração das redes de atenção: Documento que descreve as estratégias, fluxos e parcerias para integrar os serviços de saúde de forma eficiente. ● Protocolos de encaminhamento e fluxos de atendimento: Definição de fluxos de encaminhamento e procedimentos para integrar serviços e garantir continuidade no atendimento aos usuários. ● Banco de dados atualizado sobre a infraestrutura de saúde na região: Banco de informações acessível para gestores, profissionais de saúde e outros <i>stakeholders</i>, com dados atualizados sobre os serviços. <p>2. Linha de Cuidado Regionalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Protocolo Estadual de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: Documento que descreve todas as etapas do atendimento, procedimentos a serem seguidos pelos profissionais, e os direitos das vítimas. ● Linhas de Cuidado Regionalizadas: Mapas e planos detalhados das linhas de cuidado para as vítimas, especificando os serviços de saúde, segurança e assistência social disponíveis em cada região. ● Manual ou Cartilha de Orientações para Profissionais de Saúde: Documento educativo explicando os passos do protocolo e a forma de abordagem das vítimas, com foco em humanização e respeito aos direitos. ● Sistema de Monitoramento e Avaliação: Sistema para registrar o andamento dos atendimentos e acompanhar o acompanhamento das vítimas ao longo do tempo. ● Relatórios de Capacitação: Documentos que registram as ações de treinamento dos profissionais de saúde e segurança pública. <p>3. Capacitação da Força de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Programa de Capacitação Estadual: Documento formal que descreve o currículo do programa de capacitação, objetivos de aprendizagem, cronograma de atividades, recursos e metodologia. ● Módulos de Capacitação: Conjunto de módulos temáticos, como "Atendimento de Emergência a Vítimas de Violência Sexual", "Apoio Psicológico e Social às Vítimas", "Aspectos Legais e Éticos do Atendimento", "Direitos das Vítimas e Proteção", etc. ● Material Didático: Apostilas, guias rápidos, vídeos explicativos, apresentações e outros recursos de ensino para os profissionais.

Continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>PRODUTOS</p> <p>3.Capacitação da Força de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Relatórios de Capacitação: Relatórios que detalham o número de profissionais capacitados, os resultados da avaliação de aprendizagem e sugestões para melhorias nos programas futuros. ● Sistema de Acompanhamento de Capacitação: Banco de dados ou sistema para monitorar a participação dos profissionais, suas progressões no programa e suas necessidades de reforço. <p>4.Intersetorialidade e Comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Plano de Comunicação Intersetorial: Documento estratégico que descreve como as instituições devem se comunicar, com quem, de que forma, e com que frequência, assegurando a integração entre os serviços de saúde, segurança, justiça, assistência social e outros. ● Relatórios de Diagnóstico da Articulação: Relatórios que mapeiam as dificuldades e oportunidades de integração entre os serviços existentes, com recomendações para melhorar a comunicação interinstitucional. ● Protocolos de Comunicação entre as Instituições: Conjunto de diretrizes que estabelecem como as informações devem ser compartilhadas entre as diferentes instituições envolvidas no atendimento. ● Material de Capacitação: Materiais educativos e instrucionais usados para treinar as equipes das diferentes instituições sobre comunicação intersetorial, abordagens de atendimento e direitos das vítimas. ● Campanhas de Sensibilização: Peças publicitárias (cartazes, folhetos, vídeos, posts em redes sociais) e outras campanhas de comunicação, tanto internas (para os profissionais) quanto externas (para a sociedade), sobre o atendimento às vítimas de violência sexual. ● Plataforma de Comunicação Integrada: Sistema de software ou plataforma digital para centralizar e facilitar a comunicação e o compartilhamento de informações entre os serviços intersetoriais. <p>5.Monitoramento e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acompanhamento periódico dos 05 Planos de Saúde Regionais. ● Plano de Monitoramento e Avaliação: Documento que descreve os indicadores, as metodologias de coleta de dados, os responsáveis, os cronogramas e as ferramentas de avaliação. ● Relatórios Trimestrais de Monitoramento: Relatórios periódicos sobre o desempenho da política, com análises quantitativas e qualitativas, destacando os avanços, dificuldades e necessidades de ajustes. ● Relatórios Anuais de Avaliação: Avaliações completas feitas ao final de cada ano, contendo uma análise detalhada do impacto da política pública, comparando resultados com as metas estabelecidas e propondo recomendações. ● Base de dados e indicadores: Banco de dados com informações organizadas sobre o desempenho dos serviços, a situação das vítimas de violência sexual e os resultados obtidos. ● Plano de Ação Ajustado: Documento que reflete as modificações necessárias no planejamento ou nas estratégias de implementação com base nos dados coletados.
	<p>RESULTADOS</p> <p>1.Regionalização e Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Compromisso sanitário com a temática de enfrentamento à violência sexual a partir da formalização deste nos 05 Planos de Saúde Regionais.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>RESULTADOS</p> <p>1.Regionalização e Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aumento na coordenação e integração entre os serviços de saúde: Serviços de saúde mais conectados e atuando de forma colaborativa. ● Maior conhecimento sobre a infraestrutura disponível e suas limitações: Informações detalhadas sobre a rede de saúde e áreas que necessitam de melhorias. ● Redução das lacunas na oferta de serviços de saúde: Identificação e resolução de pontos críticos na infraestrutura e atendimento. ● Melhoria no acesso da população aos serviços de saúde: Maior cobertura e acessibilidade aos serviços existentes, incluindo a integração de novas modalidades de atendimento (ex: atendimento remoto, ampliação de unidades de saúde). <p>2.Linha de Cuidado Regionalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Maior uniformidade e qualidade no atendimento às vítimas de violência sexual: Atendimento padronizado e humanizado em todas as unidades de saúde e regiões. ● Aumento na capacidade de resposta das equipes de saúde e segurança pública: Profissionais mais capacitados para lidar com casos de violência sexual, com maior eficácia e sensibilidade. ● Redução no tempo de resposta e atendimento às vítimas: Fluxos de encaminhamento mais eficientes, com menor demora entre a identificação da vítima e o início do atendimento adequado. ● Maior segurança e acompanhamento contínuo para as vítimas: As vítimas de violência sexual recebem atendimento integral, desde o primeiro socorro até o acompanhamento psicológico e jurídico. ● Fortalecimento da articulação entre as redes de saúde, assistência social e segurança pública: Maior colaboração entre diferentes entidades, garantindo que as vítimas tenham acesso a uma rede de serviços que atenda suas necessidades de forma holística. <p>3.Capacitação da Força de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Profissionais mais qualificados para atender às vítimas de violência sexual: Aumento das competências dos profissionais em áreas específicas, como acolhimento humanizado, cuidados médicos de emergência, apoio psicológico e orientação legal. ● Melhor conhecimento e aplicação dos protocolos de atendimento: Maior adesão aos protocolos estaduais e nacionais de atendimento às vítimas, resultando em um atendimento mais eficaz e estruturado. ● Aumento na confiança e sensibilidade dos profissionais: Profissionais mais capacitados para lidar com casos delicados e traumáticos de violência sexual, proporcionando um atendimento mais empático e acolhedor. ● Capacitação disseminada entre as equipes de saúde e segurança pública: Um número crescente de profissionais de diferentes áreas de atuação sendo capacitados para a abordagem integral da violência sexual. ● Maior articulação entre diferentes serviços: Maior capacidade de articulação entre os serviços de saúde, assistência social e segurança pública, garantindo a continuidade no atendimento às vítimas. <p>4.Intersetorialidade e Comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Melhor integração entre os serviços: Aumento da colaboração entre as instituições que atuam no atendimento às vítimas de violência sexual, resultando em uma rede mais coesa e eficiente.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>RESULTADOS</p> <p>4. Intersetorialidade e Comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comunicação mais eficaz entre os profissionais: Profissionais de diferentes áreas se comunicando de forma mais fluida, com menos barreiras institucionais e mais troca de informações importantes. ● Maior clareza nos fluxos de atendimento: Definição clara de como as vítimas de violência sexual devem ser encaminhadas entre os diferentes serviços (saúde, segurança, assistência social), reduzindo confusão e melhorando a coordenação. ● Sensibilização dos profissionais e da sociedade: Aumento da conscientização entre os profissionais que atendem as vítimas, bem como na população em geral, sobre o impacto da violência sexual e a importância do atendimento adequado. ● Maior participação das instituições: As diversas instituições públicas começam a trabalhar de forma mais colaborativa, entendendo melhor os papéis e responsabilidades uns dos outros. <p>5. Monitoramento e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ajustes oportunos nas políticas públicas: Com a coleta e análise de dados, é possível ajustar rapidamente a implementação da política pública para resolver problemas identificados ou melhorar o desempenho. ● Maior eficiência na utilização de recursos: Através da análise dos indicadores, é possível otimizar a alocação de recursos, direcionando-os para áreas com maior necessidade de intervenção ou melhoria. ● Monitoramento constante da implementação: O processo contínuo de monitoramento trimestral garante que a política pública esteja sendo implementada conforme o planejado, com as devidas correções sendo feitas quando necessário. ● Maior transparência e responsabilização: Relatórios regulares de monitoramento e avaliação aumentam a transparência nas ações governamentais, possibilitando a prestação de contas à sociedade e garantindo a responsabilização dos envolvidos. ● Maior integração entre as comissões: O acompanhamento nos espaços colegiados (CIB, CIR, CGRS) fortalece a comunicação e colaboração entre as instituições envolvidas na política pública. ● Capacidade de adaptação das estratégias: A avaliação periódica permite ajustar as estratégias de ação, adaptando-as às necessidades reais e contextos que mudam ao longo do tempo. <p>IMPACTO</p> <p>1. Regionalização e Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Melhoria na qualidade do atendimento à população: Acesso mais eficaz e eficiente a serviços de saúde adequados, especialmente em áreas vulneráveis ou carentes. ● Redução das desigualdades no acesso à saúde: Redução da disparidade entre diferentes regiões, com maior equidade no acesso aos serviços de saúde. ● Fortalecimento das redes de atenção à saúde no estado: Redes de saúde mais robustas, com maior capacidade de resposta, especialmente em situações de alta demanda ou emergência. ● Aumento da efetividade nas políticas públicas de saúde: Políticas mais integradas, com um planejamento mais claro e com maior impacto na saúde da população.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>IMPACTO</p> <p>1.Regionalização e Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Melhora nos indicadores de saúde da população: Potencial redução de indicadores negativos, como mortalidade, morbidade, violência, entre outros, devido ao fortalecimento e integração da rede de serviços. <p>2.Linha de Cuidado Regionalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Redução das consequências físicas e psicológicas das vítimas de violência sexual: As vítimas têm acesso mais rápido e adequado aos cuidados necessários, o que pode reduzir as sequelas físicas e psicológicas a longo prazo. ● Maior proteção dos direitos das vítimas: As vítimas passam a ter acesso a um atendimento mais respeitoso e eficiente, com mais garantia de seus direitos no processo de saúde e justiça. ● Fortalecimento da rede de proteção social para as vítimas de violência sexual: A integração da saúde, assistência social e segurança pública cria uma rede de apoio mais robusta, oferecendo proteção e suporte contínuo às vítimas. ● Mudança cultural no atendimento à violência sexual: O estabelecimento do protocolo e a capacitação dos profissionais contribuem para uma abordagem mais empática, respeitosa e focada na recuperação das vítimas. ● Redução da reincidência e da violência sexual: Com um atendimento adequado, que também pode incluir serviços de orientação e apoio psicológico, as vítimas podem ter mais recursos para lidar com a experiência, o que pode contribuir para a prevenção de novos casos. ● Melhoria nos indicadores de saúde mental e física das vítimas de violência sexual: O acompanhamento contínuo e a integração dos serviços proporcionam melhores resultados em termos de recuperação e reintegração social das vítimas. <p>3.Capacitação da Força de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Redução dos danos físicos e psicológicos às vítimas de violência sexual: Com um atendimento mais qualificado e humanizado, as vítimas recebem cuidados médicos, psicológicos e sociais mais adequados, contribuindo para a recuperação e redução dos impactos da violência. ● Fortalecimento da rede de atendimento a vítimas de violência sexual: A capacitação contribui para uma maior integração e eficácia da rede de saúde, segurança pública e assistência social, proporcionando um atendimento mais eficiente e integral. ● Mudança cultural no atendimento à violência sexual: Com a formação continuada e a sensibilização dos profissionais, há uma transformação na abordagem de violência sexual, com maior empatia, respeito e compreensão das necessidades das vítimas. ● Aumento da eficácia das políticas públicas de atendimento a vítimas de violência sexual: A capacitação contribui para um atendimento mais alinhado às políticas públicas existentes, resultando em maior efetividade nas ações de proteção e atendimento às vítimas. ● Redução da revitimização: Com um atendimento adequado e qualificado, diminui o risco de as vítimas de violência sexual serem revitimizadas devido a um atendimento insensível, negligente ou inadequado. ● Melhoria nos indicadores de saúde pública: O atendimento adequado contribui para melhores indicadores de saúde das vítimas, incluindo a recuperação física e psicológica, e diminui as complicações decorrentes de uma abordagem inadequada.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
MODELO LÓGICO	<p>IMPACTO</p> <p>4. Intersetorialidade e Comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Melhoria na qualidade do atendimento às vítimas de violência sexual: Um atendimento mais integrado, rápido e eficaz, com maior continuidade e menor risco de revitimização, devido à articulação eficiente entre os serviços. ● Fortalecimento da rede interinstitucional de proteção e atendimento: As instituições se tornam mais coesas, criando uma rede de apoio mais robusta e funcional, capaz de atender de forma integral as vítimas de violência sexual. ● Redução das desigualdades no atendimento: As vítimas de violência sexual, independentemente da região ou do serviço que procurem, passam a ter acesso a um atendimento mais uniforme e de qualidade. ● Mudança cultural no atendimento interinstitucional: Desenvolvimento de uma cultura de colaboração intersetorial, com profissionais mais comprometidos com a integração e com a solução dos problemas enfrentados pelas vítimas. ● Aumento da confiança da população nos serviços públicos: A população percebe os esforços interinstitucionais e a melhoria na qualidade do atendimento, o que pode resultar em maior confiança nas instituições públicas de segurança e saúde. ● Impacto na prevenção e redução de novos casos de violência: Com maior articulação e comunicação entre os serviços, é possível uma abordagem mais eficaz de prevenção, além de uma resposta mais adequada a casos já existentes. <p>5. Monitoramento e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Melhoria contínua do atendimento às vítimas de violência sexual: A partir dos ajustes e aperfeiçoamentos feitos a partir dos resultados do monitoramento e da avaliação, o atendimento às vítimas de violência sexual torna-se mais eficiente, rápido e de maior qualidade. ● Fortalecimento da governança interinstitucional: A colaboração constante entre as diversas comissões (CIB, CIR, CGRS) contribui para o fortalecimento das redes interinstitucionais e para uma gestão mais integrada e eficiente das políticas públicas de saúde e assistência social. ● Aumento da efetividade da política pública: A política se torna mais efetiva ao longo do tempo, com base no monitoramento e avaliação constantes, conseguindo atingir as metas estabelecidas e proporcionando melhores resultados para as vítimas de violência sexual. ● Maior transparência e confiança na gestão pública: O processo de monitoramento e avaliação com resultados transparentes e reportados ao público melhora a confiança da sociedade nas políticas públicas e na gestão das instituições. ● Redução das desigualdades no atendimento às vítimas: Ao identificar e corrigir deficiências no atendimento e na distribuição de recursos, é possível reduzir as desigualdades no atendimento a vítimas de violência sexual, garantindo um tratamento mais equitativo em todas as regiões. ● Promoção da cultura de avaliação contínua: A implementação de um sistema de monitoramento e avaliação eficaz contribui para a adoção de uma cultura de avaliação e aprendizado contínuo, influenciando positivamente outras políticas públicas e programas governamentais.
INDICADORES	<p>INDICADORES DE INSUMOS</p> <p>Financiamento da Política:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valor alocado no orçamento estadual e municipal para a implementação da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual.

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
INDICADORES	<p>INDICADORES DE INSUMO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Percentual de execução orçamentária em relação ao valor planejado. <p>Profissionais de Saúde, Gestores e Técnicos da Saúde Pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estimativa de profissionais de saúde nas categorias prioritárias para o curso de formação por município (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais); ● Número de profissionais capacitados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.) para o atendimento especializado a vítimas de violência sexual. ● Percentual de gestores capacitados para coordenar e monitorar a Rede de Atenção. ● Setor/Equipe/Profissionais designados como Referência para a Rede em âmbito: Estadual (1), Regional (5), ADSs (22) e Municipais (184) <p>Estrutura e Equipamentos em Âmbito Regional e Estadual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de unidades de saúde equipadas com infraestrutura para atendimento às vítimas de violência sexual (salas adequadas, equipamentos médicos, insumos como testes rápidos e vacinas, etc.). <p>INDICADORES DE ATIVIDADES</p> <p>Reuniões e Momentos para a Divulgação da Construção da Rede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de reuniões realizadas para divulgar a construção da Rede de Atenção a gestores de saúde, profissionais e sociedade civil. ● Número de materiais de divulgação produzidos (cartazes, panfletos, apresentações) e distribuídos. <p>Treinamento sobre Violência Sexual para Profissionais de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de profissionais de saúde treinados em cada região. ● Percentual de profissionais capacitados em relação ao total de profissionais esperados. ● Percentual de melhoria no desempenho dos profissionais após o treinamento (avaliação pré e pós-treinamento). <p>Desenho e Implementação da Linha de Cuidado à Vítima de Violência Sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de encontros/consultas realizadas para o desenho da Linha de Cuidado. ● Percentual de unidades de saúde que implementaram a Linha de Cuidado nas suas rotinas. ● Número de protocolos de atendimento definidos para cada etapa da Linha de Cuidado. <p>Gerenciamento e Supervisão da Rede e da Linha de Cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Elaboração de calendário de Reuniões de Monitoramento e Avaliação da Rede ● Número de reuniões de supervisão realizadas para monitoramento e ajuste da Rede. ● Número de profissionais envolvidos em atividades de monitoramento e supervisão da implementação. ● Percentual de serviços que realizam avaliação periódica do funcionamento da Rede e Linha de Cuidado. <p>INDICADORES DE PRODUTOS</p> <p>Alinhamento com Gestores de Saúde Regionais e Municipais sobre a Construção da Rede:</p>

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
INDICADORES	<p>INDICADORES DE PRODUTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de gestores regionais e municipais alinhados com as diretrizes e objetivos da Rede de Atenção. ● Percentual de municípios que assinaram compromisso formal com a implementação da Rede. ● Percentual de Planos de Saúde com a temática Violência Sexual apontados como Prioridades Sanitárias nos respectivos documentos; <p>Oficinas de Construção da Rede em Âmbito Regional e Estadual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de oficinas realizadas em cada região e no âmbito estadual. ● Número de participantes (gestores, profissionais de saúde, técnicos, etc.) nas oficinas. ● Número de documentos gerados nas oficinas (relatórios, planos de ação, protocolos locais). <p>Qualificação dos Profissionais de Saúde do Estado do Ceará para o Atendimento às Vítimas de Violência Sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de profissionais qualificados em cada região para o atendimento especializado. ● Percentual de profissionais que completaram com sucesso o treinamento sobre violência sexual. <p>Estabelecimento da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Estado do Ceará:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de unidades de saúde e centros especializados integrados à Rede de Atenção. ● Percentual de cobertura da Rede em relação aos municípios do estado. <p>Estabelecimento da Linha de Cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de unidades de saúde que adotam e implementaram a Linha de Cuidado definida. ● Percentual de vítimas atendidas conforme o fluxo da Linha de Cuidado. <p>Monitoramento e Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de Reuniões para Monitoramento e Avaliação da Rede em relação ao calendário planejado em um período ● Número de relatórios de avaliação produzidos ao longo da implementação. ● Número de ajustes realizados nos protocolos e práticas com base nos dados de monitoramento. <p>INDICADORES DE RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Percentual de municípios e regiões com unidades de saúde que implementaram a Rede de Atenção. ● Percentual de vítimas que completam o atendimento inicial e seguem o fluxo de cuidado de forma contínua. ● Percentual de protocolos unificados implementados em unidades de saúde estaduais, municipais e regionais. ● Redução da variação nos tempos de resposta e qualidade de atendimento entre diferentes unidades de saúde. ● Percentual de municípios e regiões com unidades de saúde que participam efetivamente da Rede de Atenção ● Taxa de encaminhamentos bem-sucedidos entre diferentes serviços da Rede (por exemplo, da unidade de saúde para o apoio psicológico ou para a delegacia especializada).

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA POLÍTICA E INDICADORES	
INDICADORES	<p>INDICADORES DE RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Percentual de regiões cobertas pelas oficinas em relação à totalidade das regiões do estado. ● Percentual de ações corrigidas e ajustadas a partir do monitoramento contínuo. ● Percentual de melhorias implementadas com base nos dados de avaliação. <p>INDICADORES DE IMPACTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Redução do tempo médio de atendimento desde o primeiro contato até a finalização do ciclo de cuidado. ● Percentual de vítimas que relatam menor revitimização durante o atendimento. ● Taxa de satisfação das vítimas com o atendimento humanizado. ● Aumento no número de vítimas atendidas na Rede de Atenção em comparação com períodos anteriores. ● Redução da reincidência de vítimas em situações de violência sexual (indicador de sucesso da intervenção). ● Redução no tempo médio de resposta (desde a denúncia até o atendimento inicial). ● Diminuição de processos burocráticos na execução dos serviços de saúde e apoio. ● Taxa de adesão ao tratamento contínuo (psicológico, social, médico). ● Aumento nas denúncias de violência sexual, como resultado da maior conscientização e confiança no sistema de saúde (e de justiça).
PERÍODO DE VIGÊNCIA DA PROPOSTA	04 anos, em consonância com o PPA, com reavaliação sobre pertinência e possibilidade de continuidade após este período. Possibilidade de estabelecimento como política de Estado

LEVANTAMENTO DO IMPACTO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO
<p>O orçamento destinado à saúde, por meio do PPA, da Secretaria Estadual das Mulheres e da Esfera Federal (Lei nº 14.899, de 17 de junho de 2024), bem como a contrapartida municipal, deve ser analisado à luz dos instrumentos de planejamento orçamentário, como o PPA (Plano Plurianual), a LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) e a LOA (Lei Orçamentária Anual).</p> <p>Esse tema exige uma abordagem detalhada e o auxílio de especialistas na área, dada sua complexidade e especificidade. Embora o presente texto não se aprofunde nesses aspectos técnicos, é importante ressaltar que uma análise aprofundada é essencial para garantir a adequada alocação de recursos e o cumprimento das metas estabelecidas.</p>

ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO
<p>MODELO DE GESTÃO E GOVERNANÇA</p> <p>Gestão colaborativa e participativa, com coordenação pelo governo estadual através da secretaria de saúde, sob responsabilidade da Coordenadoria de Redes de Atenção à Saúde (CORAS), com proposta de estruturação de um comitê gestor com representação dos segmentos diretamente envolvidos na temática (atenção primária, atenção hospitalar, segurança pública, justiça, representação social, etc.).</p> <p>A proposta da rede e seu financiamento deve partir da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. As articulações entre os atores interessados e intervenientes, bem como as pactuações de objetivos e metas pode ser atribuídos à área técnica de referência da política na SESA-CE, em parceria com o grupo condutor estadual da política, com as áreas regionalizadas e espaços de pactuação (CIB, CIR, Cosems).</p> <p>As atividades de implantação, coparticipação no financiamento das ações e adequação dos aspectos operacionais da política para a realidade local podem ser ações a serem desenvolvidas pelos municípios que aderirem à Rede.</p> <p>Estes elementos precisam estar descritos em normativa estadual, seja uma portaria de governo ou uma resolução colegiada da CIB-CE.</p>

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO	
MODELO DE GESTÃO E GOVERNANÇA	<p>O Monitoramento e a avaliação serão realizados pela área técnica de referência da política na SESA-CE, em parceria com o grupo condutor estadual, com apresentação dos resultados de forma quadrimestral e análise anual através de relatório do alcance de indicadores e ajustes necessários à implementação da política nos espaços de gestão colaborativa (CIR e CIB), da maior conscientização e confiança no sistema de saúde (e de justiça).</p>
ARRANJOS INSTITUCIONAIS DE IMPLEMENTAÇÃO	<p>Para que a política possa ter sucesso, se faz necessário a obtenção de apoio de entre e setores sociais diretamente relacionados ao tema, ou que indiretamente se beneficiarão desta implementação (Brasil, 2018).</p> <p>Internamente, enquanto Secretaria de Saúde do Ceará, lança-se mão de sua estrutura administrativa e organizacional interna para a execução da política, de acordo com o seu organograma:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Secretaria de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE) <ol style="list-style-type: none"> A. Coordenadoria de Redes de Atenção (CORAS) B. 05 Superintendências Regionais de Saúde (SRs) C. 17 Coordenadorias de Áreas Descentralizadas de Saúde (COADS) II. Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS) <ol style="list-style-type: none"> A. Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa na Saúde III. Escola de Saúde Pública (ESP/CE) IV. Comissão Intergestores Bipartite (CIB) <ol style="list-style-type: none"> A. 05 Comissões Intergestores Regionais e suas respectivas Câmaras Técnicas e Comitês de Governança Regionais <p>Para construir, descentralizar e implementar políticas públicas eficazes, o governo estadual deve se articular com os municípios, que, por sua autonomia administrativa, podem aderir à implementação da política em seus territórios e colaborar com a definição das estratégias locais. A participação dos municípios se dá por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e da Comissão Intergestora Bipartite, onde aspectos da política, indicadores e metas de pactuação são discutidos e monitorados. A interação entre os níveis estadual e municipal é crucial para o sucesso da política pública, garantindo que ela seja adaptada às especificidades locais e implementada de forma eficiente.</p> <p>A integração do Plano Estadual de Políticas para as Mulheres (PEPM) com a política de atendimento às vítimas de violência sexual no Ceará é uma estratégia chave para fortalecer a resposta institucional. O PEPM, desenvolvido pela Secretaria Estadual das Mulheres, foca na melhoria das condições de vida das mulheres, com ênfase nas questões de gênero e na acessibilidade aos serviços públicos essenciais. A articulação entre os serviços de saúde, segurança e assistência social deve garantir um atendimento contínuo e especializado às vítimas, com foco na humanização e no acompanhamento integral, desde a atenção primária até o acompanhamento especializado.</p> <p>A Casa da Mulher Brasileira (CMB) e as Salas Lilás são estruturas essenciais na construção de uma rede de atendimento às vítimas de violência sexual. A CMB já desempenha um papel importante no acolhimento e suporte psicossocial às mulheres vítimas de violência doméstica e, com a expansão dessas estruturas, pode proporcionar um atendimento especializado que integre serviços de saúde, segurança e justiça. Além disso, a capacitação contínua das equipes policiais e de saúde é fundamental para garantir que o atendimento às vítimas seja eficaz e sensível às especificidades da violência sexual.</p> <p>O Programa Ceará Por Elas e a criação de uma rede de proteção social e de saúde mais coordenada e eficaz também são iniciativas que podem fortalecer a resposta institucional ao enfrentamento da violência sexual. A integração entre municípios, secretarias e outros atores, como Movimentos Sociais, Justiça e Universidades, é essencial para promover soluções inovadoras e garantir que as vítimas recebam o suporte necessário.</p>

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO	
ARRANJOS INSTITUCIONAIS DE IMPLEMENTAÇÃO	A realização de cursos de especialização para capacitar profissionais no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual também contribui para a qualificação do atendimento, promovendo uma abordagem integrada e multidisciplinar nas políticas públicas de enfrentamento à violência
INSTRUMENTOS NORMATIVOS	<p>A base legal refere-se, inicialmente, aos dispositivos normativos que estabelecem ou autorizam a execução das ações previstas na política pública em questão. Adicionalmente, abrange, de forma subsequente, todos os dispositivos que impactam diretamente sua implementação, incluindo tanto sua finalidade (o objetivo a ser alcançado) quanto os procedimentos de execução (o modo como é implementado) (Brasil, 2018).</p> <p>A política de atenção à saúde às vítimas de violência sexual no Ceará poderá ser normatizada através dos instrumentos legais de Portaria Estadual, ato administrativo ordinário. Na portaria deverão constar, no mínimo, o objetivo da política, as diretrizes, a estratégia de implementação, as responsabilidades e competências dos órgãos/atores/entes participantes, aspectos financeiros e orçamentários e as formas de monitoramento e avaliação.</p> <p>Os documentos orientadores de implementação da política poderão ser institucionalizados através de Manuais, Notas Técnicas, Relatórios Quadrimestrais, Relatórios Anuais, Resoluções da CIR e CIB, normativas municipais, protocolos assistenciais, plano de trabalho, instrumentos de atendimento (formulários, fichas, termos) dentre outros que se fizerem necessários.</p>
FORMAS DE IMPLEMENTAÇÃO	Descentralizada, por adesão dos municípios via assinatura de termo de cooperação ou instrumento equivalente, firmado acordo entre os entes Estadual e Municipal para o cumprimento das ações.
PLANO DE COMUNICAÇÃO	<p>Deverá contar com a assessoria de comunicação da Secretaria de Saúde e dos órgãos, instituições e entes participantes da política.</p> <p>Poderá ser organizada em categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comunicação Interna <ul style="list-style-type: none"> ○ Secretarias Executivas, órgãos e demais estruturas da Rede SESA participantes da política. ● Comunicação Externa - Órgãos e entidades parceiras <ul style="list-style-type: none"> ○ Ente nacional ○ Secretarias Estaduais ○ Órgãos de Justiça, Segurança Pública e Ministério Público ○ Movimentos Sociais ● Comunicação Externa - Público-alvo da política <ul style="list-style-type: none"> ○ Estratégias e ações de comunicação destinadas a atingir o público perfil de vítimas de violência sexual: crianças, adolescentes e pessoas do gênero feminino. ● Comunicação Externa - Sociedade <ul style="list-style-type: none"> ○ Estratégias e ações de comunicação destinadas a divulgar as ações da política para a sociedade, bem como disseminar informações sobre a temática de violência sexual e seu enfrentamento <p>Para o estabelecimento do Plano de Comunicação da política, deverão ser definidos:</p> <p>1) Requisitos de comunicação: 2) Relatório/informação:</p>

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO	
PLANO DE COMUNICAÇÃO	<p>3) Propósito: 4) Responsável: 5) Destinatários: 6) Meios de comunicação ou tecnologia: 7) Frequência: 8) Início e término: 9) Modelos e diretrizes de comunicação:</p> <p>A estrutura organizacional e logística da política influi diretamente sobre o relacionamento entre os atores internos, de modo que se deve considerar uma estratégia que facilite os fluxos entre eles para a comunicação de decisões e informações de gestão. A comunicação com atores externos torna mais relevante a consideração de fatores contextuais, geográficos e sociais na elaboração do plano, como: características regionais; características sociais; acessibilidade; idade média do público-alvo; sexo; profissão; grau de escolaridade; tempestividade e horários em que é possível se atingir o maior número de interessados entre o público-alvo (Brasil, 2018).</p>
GESTÃO DE RISCOS	<p>Aplicação da Matriz S.W.O.T. e previsão dos efeitos de possíveis incertezas sobre os riscos. Identificar os riscos com resultados negativos (ameaças) e os riscos com resultados positivos (oportunidades) Elaborar matriz de risco e indicar o tipo de resposta a cada um: eliminar, mitigar, assumir ou transferir o risco. Passos para a elaboração da matriz de gestão de riscos da política:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar o contexto (a soma dos ambientes interno e externo nos quais ela estará inserida); • Identificação de risco (gerar uma lista abrangente de riscos baseada em eventos que possam criar, aumentar, evitar, reduzir, acelerar ou atrasar a realização dos objetivos). Podem ser utilizadas diversas ferramentas nessa etapa: Brainstorming, Entrevistas, Técnica Delphi, Matriz S.W.O.T., dentre outras; • Classificar os riscos em: riscos operacionais; riscos de imagem/reputação; riscos legais; e riscos financeiros/orçamentários. • Analisar os riscos: causas e fontes, sua probabilidade de ocorrência, possível impacto se concretizado, se cabe ou não tratamento. Pode-se usar a matriz de Impacto x Probabilidade ou a matriz GUT – Gravidade, Urgência e Tendência • Estabelecer o tratamento dos riscos: considerando os custos e os esforços de implementação, a partir de medidas proporcionais. Assim deve-se definir: a resposta selecionada (mitigar, transferir etc.), as ações específicas para implementar a estratégia de resposta definida, o orçamento/cronograma da ação e os responsáveis pela implementação das respostas. Ao final haverá o risco residual, e este deve ser monitorado. • Deve-se definir a forma de monitoramento dos riscos identificados e da mudança do seu perfil de urgência/impacto de acordo com mudanças no contexto da política; <p>Deve-se identificar atores responsáveis por este processo.</p>
ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DE CONFIANÇA E SUPORTE	
CONFIANÇA E SUPORTE	<p>A confiança e suporte é um dos tripés do sucesso de uma política pública, juntamente com a qualidade do desenho da mesma e a estratégia de implementação (Brasil, 2018). Trata-se da estratégia de obtenção de apoio da população, dos interessados e das lideranças políticas.</p>

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

continuação

ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DE CONFIANÇA E SUPORTE	
CONFIANÇA E SUPORTE	<p>Apoio da população: uma política que melhore o atendimento de saúde às vítimas de violência sexual, muito provavelmente, já possui um grande apelo social, tanto pela natureza deste tipo de violência quando pelo perfil das vítimas, em sua grande maioria pessoas vulneráveis. A estratégia de obtenção de apoio da população à política em específico poderá enfatizar a oferta dos serviços, quando e onde buscá-los, a efetividade dos pontos de atenção. Pode ser útil considerar as especificidades regionais na obtenção deste apoio, considerando que O apoio pode ser mais forte em regiões onde as questões relacionadas à violência sexual são mais visíveis ou onde há maior engajamento com os direitos das mulheres. Em contextos mais conservadores ou onde ainda prevalecem estigmas sobre a violência sexual, o apoio à implementação de políticas pode ser mais hesitante, principalmente quando se fala de questões que podem perpassar a temática de aborto ou de autonomia das mulheres.</p> <p>Pontos a se considerar, segundo o Guia de Análise Ex-Ante 2018:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Confiança de que o problema é relevante e deve ser combatido. 2) Confiança de que a política proposta contribui para resolver o problema 3) Confiança de que as instituições responsáveis por levar a cabo a política vão agir de modo competente. 4) Confiança de que a proposta é de interesse coletivo. <p>Apoio dos Interessados: está diretamente relacionada à consecução de resultados e objetivos. Poderá ser feita ao envolver os interessados no processo de construção, implementação e avaliação da política. Este processo deverá ser feito com cautela, mediante os interesses manifestos de cada ente participante. Aqui podem ser incluídos os movimentos sociais, figuras públicas que defendem a causa, órgãos não governamentais, lideranças comunitárias, dentre outros.</p> <p>Apoio Político: O investimento do capital político das lideranças no apoio a uma política envolve uma dinâmica complexa, onde há tanto apoiadores quanto opositores, cada um com motivações diversas, como a natureza da temática, a forma de construção da política, os recursos financeiros envolvidos, as estratégias de implementação, e as ideias partidárias, entre outros fatores.</p> <p>O ponto positivo para os atores políticos é que a proposta desta intervenção pública está fundamentada em um tema de reconhecida urgência pela sociedade, o que confere ao político que a apoiar um prestígio social significativo, ao se engajar em uma causa considerada nobre.</p> <p>O fato de a política em questão ser originária de um governo específico pode influenciar diretamente o apoio a ela, seja por parte da base aliada ou da oposição. Nesse contexto, é fundamental realizar um levantamento do cenário político, identificando perfis de apoio e oposição, a fim de potencializar o apoio por meio de figuras políticas interessadas e, ao mesmo tempo, trabalhar a questão com os atores que se posicionam contra o projeto.</p> <p>Neste último caso, se não for possível, é preciso estar atento ao uso da política pública na elaboração de discursos de deslegitimação da mesma ou de quem a apoia, pois isto pode ter impacto na construção da confiança pública e, conseqüentemente, em todas as outras.</p> <p>No âmbito dos municípios, é oportuno que o tema e a política sejam apresentados nas sessões legislativas e em outros espaços de articulação política.</p> <p>A confiança e suporte podem ser avaliadas por meio de pesquisa de opinião, pesquisa de satisfação, consultas, etc.</p> <p>Após obtidos os resultados da estratégia escolhida, estes devem ser adequados para demonstrar se o nível de confiança é insuficiente, razoável, bom ou ótimo.</p> <p>Os três tipos de apoio (da população, dos interessados e das lideranças políticas) podem ser monitorados periodicamente ao longo da implementação da política.</p>

continua

Quadro 2 - Elementos a serem considerados na construção da Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às Vítimas de Violência Sexual no estado do Ceará.

conclusão

ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DE CONFIANÇA E SUPORTE	
CONFIANÇA E SUPORTE	<p>Para o Guia de Análise Ex Ant (2018), a solução para a falta de confiança e suporte pode ser encontrada ao se lançar mão de ferramentas de consultas públicas, comunicação de dados abertos e transparência/accountability, e colaborações coletivas por meio de plataformas e mídias sociais (que permita ao cidadão/entidade participar diretamente da construção da ação).</p> <p>A partir dos elementos acima, é importante a construção de um plano de ação para a construção da legitimidade da política. O plano poderá conter o tipo de apoio a ser trabalhado, as ações planejadas, os responsáveis e o prazo. Este plano deve ser analisado periodicamente e inserido nos relatórios de monitoramento e avaliação da política.</p>
ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTROLE	
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	<p>MONITORAMENTO: Feito a partir do modelo lógico da política (insumos, atividades, produtos, resultados, impactos) e dos indicadores gerados para cada uma destas etapas. No plano de monitoramento deve-se identificar: i) a fase do modelo lógico à qual o indicador está associado; ii) a descrição do indicador; iii) a frequência da coleta; iv) o órgão responsável pela coleta; v) o valor de linha de base sempre que pertinente; vi) a meta para o período em questão; e vii) o valor realizado para o período.</p> <p>No monitoramento se avaliam também a gestão e o fluxo de implementação e a avaliação de desempenho.</p> <p>AVALIAÇÃO: A partir de critérios conjuntamente estabelecidos, como equidade, satisfação do usuário, sustentabilidade, custo-benefício, eficiência, eficácia. É útil pensar nestas atividades a partir de um cronograma de ações, com dimensionamento de custos e responsabilidades, prevendo os diversos instrumentos de monitoramento e avaliação que serão utilizados.</p>
CONTROLE SOCIAL	Se dá através da transparência ativa, da transparência passiva (Lei de Acesso à Informação), dos mecanismos de participação social, da representação dos usuários através do controle social, da instalação de canais de comunicação e recebimento de denúncias, críticas, sugestões ou elogios.
FORTALECIMENTO DA REGULAÇÃO E SUPERVISÃO	Para quando as ações e serviços saem da execução estatal e passam a ser realizadas por órgãos e entidades, geralmente por empresas contratadas para esta finalidade. Caso se aplique as terceirizações, parcerias público-privadas, e outras do gênero. Aqui deverão ser pensadas formas de garantir não só que a atividade seja realizada, mas que seja feita com qualidade e dentro dos propósitos da política.
ARTICULAÇÃO ENTRE PROGRAMAS SOCIAIS	É oportuna a articulação da política com iniciativas estaduais na temática, aqui já mencionadas por exemplo: Secretaria das Mulheres, Programa Ceará Pacífico, Programa Municipal Rede Aquarela, Programa Superando Barreiras e a iniciativa nacional de fortalecimento às ações estaduais.
AUDITORIA E FISCALIZAÇÃO	<p>Prestação de contas realizada nos espaços de gestão colegiada, como CIR e CIB, onde devem ser apresentados os relatórios de execução financeira e patrimonial, e outras informações congêneres.</p> <p>Avaliação por meio de órgãos de controle interno (controladorias) e órgãos de controle externo (tribunais de conta).</p>
MENSURAÇÃO DO RETORNO ECONÔMICO E SOCIAL	
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Avaliar possíveis: Restrições econômicas, restrições institucionais, cenário nacional e até internacional que possam impactar positiva ou negativamente nas propostas de intervenção e no sucesso da política.
ANÁLISE DE CUSTO E BENEFÍCIO	Análise dos custos fixos e variáveis, do ganho total previsto (melhorias supervenientes) e o resultado entre os gastos realizados e os benefícios obtidos. São análises econométricas que devem ser feitas com a ajuda de especialistas, podendo ser realizado convite às instituições de ensino superior para a participação de alunos orientados por professores em um projeto de análise destes aspectos

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A proposta apresentada, com os elementos essenciais para a construção de uma Rede de Atenção regionalizada para o atendimento de saúde às vítimas de violência sexual no estado do Ceará, requer uma reflexão mais profunda sobre alguns pontos cruciais para sua efetividade.

Um aspecto fundamental diz respeito à necessidade de uma abordagem diferenciada para as vítimas de crimes sexuais que pertencem a grupos e comunidades tradicionais, como quilombolas, indígenas, e outros povos que possuem culturas e realidades distintas. Esses grupos frequentemente enfrentam desafios específicos no acesso aos serviços de saúde e na busca por justiça, o que demanda políticas públicas que considerem suas particularidades culturais, linguísticas e sociais, garantindo um atendimento que respeite suas identidades e tradições.

Além disso, outro ponto essencial é a regionalização da implementação da política pública. Para que a Rede de Atenção funcione de maneira eficaz, é necessário que as estratégias de intervenção sejam adaptadas às particularidades de cada território. Isso implica na construção de ações personalizadas, que levem em conta as características geográficas, demográficas, culturais e sociais de cada região, a fim de garantir que as vítimas, independentemente de sua localização, recebam o cuidado e o suporte adequados.

A regionalização não apenas torna as políticas mais eficazes, mas também assegura que as intervenções respeitem e atendam às necessidades específicas de cada comunidade, promovendo, assim, a inclusão e o acesso igualitário aos serviços de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como resultado final a proposição de elementos para a construção de uma política pública de enfrentamento à violência sexual, a ser desenvolvida no âmbito da saúde pública, considerando as especificidades das regiões de saúde do Ceará e o perfil dos crimes sexuais e das notificações de violência sexual registradas tanto nos territórios regionais quanto no estado de forma geral. Esse resultado decorre do alcance do objetivo da pesquisa, que foi avaliar a política de regionalização da saúde do Estado do Ceará como base para a proposição de um modelo de política pública voltado ao enfrentamento da violência sexual.

Para o alcance deste objetivo geral, um dos objetivos específicos foi analisar a trajetória da política de Regionalização da Saúde do Estado do Ceará, a partir da lei de criação e do conteúdo dos cinco Planos de Saúde Regionais elaborados para o período de 2023 a 2027. Esse objetivo foi abordado no capítulo quatro deste trabalho.

O segundo objetivo específico consistiu em analisar o perfil das ocorrências de crimes sexuais com base nos registros da SSPDS-CE e nas notificações de violência sexual do Ministério da Saúde, ambos no período de 2009 a 2023. Esse objetivo é tratado no capítulo cinco.

Por fim, o terceiro objetivo específico, que foi propor elementos para o desenho regionalizado de uma política pública de enfrentamento à violência sexual, a partir da distribuição dos crimes sexuais em cada recorte regional, é abordado no capítulo seis.

Com os achados desta pesquisa, observa-se que violência sexual no estado do Ceará é um problema grave e multifacetado, que envolve não apenas questões de saúde pública, mas também profundas desigualdades sociais, culturais e educacionais. A elevada incidência de crimes sexuais, particularmente entre mulheres e crianças, e a predominância de vítimas negras e pardas em várias regiões do estado, exigem uma resposta integrada e contextualizada.

Os dados aqui apresentados revelam um cenário alarmante, com altos índices de subnotificação e uma distribuição geográfica das ocorrências que aponta para a necessidade de uma abordagem regionalizada nas políticas públicas. A falta de uma priorização explícita da violência sexual no planejamento de saúde regional é uma lacuna que precisa ser superada, para que a questão seja tratada de forma eficaz e coordenada, em consonância com as necessidades emergentes da população.

Diante disso, a elaboração de elementos que possam ser considerados na elaboração de uma Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual no Estado do Ceará surge é oportuno para garantir a proteção e o atendimento adequado às vítimas. Essa rede deve ser estruturada de forma a integrar diferentes serviços e garantir um atendimento humanizado e eficaz, considerando as especificidades culturais, raciais e territoriais de cada região.

Além disso, a construção de uma RAS neste tema deve ser acompanhada de uma avaliação contínua, com indicadores claros de monitoramento e avaliação, para assegurar a sua efetividade ao longo do tempo. Ao integrar saúde, justiça e assistência social, e ao reconhecer a complexidade das relações de gênero e raça, a política pública proposta busca não apenas atender às vítimas de violência sexual, mas também promover uma transformação social que enfrente as raízes estruturais dessa violência, como o patriarcado e as desigualdades históricas.

Entretanto, é fundamental considerar os macroproblemas temáticos que se apresentam de forma semelhante em todas as regiões, como a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da RUE, da RAPS e dos serviços de oncologia, o enfrentamento à sífilis, tuberculose e HIV, as internações por doenças cardiovasculares, dentre muitos outros pontos.

Ou seja, persistem desafios em saúde pública que precisam ser superados e que, do ponto de vista orçamentário e de priorização, podem competir com a necessidade urgente de enfrentar a violência sexual. Como exemplo encontra-se o aumento das doenças crônicas (ex. diabetes, hipertensão), a prevalência de condições curáveis (tuberculose/hanseníase), a incidência de novos agravos (Covid-19, dentre outros), etc.

Além disso, é importante destacar que o recorte regional das cinco regiões de saúde propostas pela SESA-CE pode diferir das delimitações territoriais adotadas por outras secretarias, como a SSPDS-CE, que divide o estado em 22 Áreas Integradas de Segurança (AIS), ou a Secretaria da Educação (SEDUC-CE), que trabalha com 21 Coordenadorias Regionais de Desenvolvimento da Educação (CREDES). Esse descompasso pode representar um desafio para a colaboração interdisciplinar no enfrentamento da violência sexual, uma vez que existem diferentes modelos de “regionalização”.

Deve-se reconhecer que, muito provavelmente, a implementação dessa intervenção pode não ocorrer de forma sequencial, com os recursos e o tempo adequados para sua construção plena. É comum entre os profissionais de saúde a expressão de que SUS “troca-se o pneu com o carro andando”. Portanto, é essencial que os atores envolvidos na

execução dessa política tenham a sensatez e a flexibilidade necessárias para lidar com as limitações e desafios contextuais, que, em certa medida, já são conhecidos e esperados.

Porém algumas perspectivas positivas também podem ser consideradas, como o estabelecimento da Regionalização no estado e a existência de outras RAS temáticas, o alinhamento no cenário político-partidário dos governantes, o apelo social positivo que o enfrentamento à violência sexual já possui na população, os compromissos nacionais e internacionais assumidos na temática e a possibilidade de processamento de dados analíticos preditivos e o uso de inteligência artificial no serviço público.

Sobre este último ponto, cabe destacar que o uso de IA tem se tornado essencial para a competitividade global, especialmente em países desenvolvidos, ao fortalecer setores como a indústria e defesa. Porém a aplicação de IA no ciclo de políticas públicas mostra potencialidade para a criação de políticas públicas diretivas e orientadas por dados, estes já gerados em inúmeros órgãos e serviços públicos, como os trabalhados neste estudo (Campos; Figueiredo, 2022).

Assim, este trabalho contribui, em proposições técnicas e reflexões, para o debate sobre a violência sexual no Ceará e apresenta soluções práticas e viáveis para o enfrentamento desse problema, com o objetivo de atender os princípios da Universalidade, Igualdade e Equidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Marcela Coelho. Políticas públicas na Constituição Federal de 1988: avanços e desafios. CSONline - **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, [s.l.], n. 29, 2019. DOI: 10.34019/1981-2140.2019.17574. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17574>. Acesso em: 23 out. 2023.

ÂNGULO, Milena Coelho; OLIVEIRA, Vitória de Sousa. **Noções Acerca da Vulnerabilidade e a Elaboração de Políticas Públicas Sociais e de Saúde**. Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://clinicadh.direito.ufmg.br/index.php/2021/06/10/nocoos-acerca-da-vulnerabilidade-e-a-elaboracao-de-politicas-publicas-sociais-e-de-saude/#>. Acesso em: 02 mar. 2024.

AZEVEDO, Fernanda Maria Caldeira de. O conceito de patriarcado nas análises teóricas das ciências sociais: uma contribuição feminista. **Revista Três Pontos**, Dossiê Múltiplos Olhares sobre Gênero, v. 13, n. 1, 20 abr. 2017. Belo Horizonte. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistatrespontos/article/download/3386/2166/11744>. Acesso em: 15 dez. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Emendas Constitucionais de Revisão. Diário da Assembleia Nacional Constituinte - Suplemento de 06/10/1988 (p. 1, col. 1). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990b. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. **Convenção Interamericana para Prevenir, punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Convenção de Belém do Pará, 1994. Belém, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.778**, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em 28 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.340**, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 08 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 17 ago. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.037**, de 21 de dezembro de 2009. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7037.htm. Acesso em: 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Versão final. Brasília, 2010a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010b. Define a Rede de Atenção à Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jan. 2011. Seção 1, p. 77. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual**: Matriz Pedagógica para Formação de Redes. Brasília, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencaointegral_mulheres_violencia_domestica.pdf. Acesso em 10 fev. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 24 jun. 2011c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 7.958**, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede

de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.845**, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, 2013b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **18 de maio - Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/18-5-dia-nacional-de-combate-ao-abuso-e-exploracao-sexual-de-criancas-e-adolescentes/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.431**, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm. Acesso em 19 nov. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Violência contra crianças e adolescentes: análise de cenários e propostas de políticas públicas**. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/consultorias/conada/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1>. Acesso em 10 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília, 2021a. 126 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view. Acesso em: 03 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Brasília, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mco-ufba/saude/rede-cegonha>. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tabnet** – Dados do Censo Demográfico 2022a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def>. Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde declara fim da emergência em saúde pública de importância nacional pela Covid-19**. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-em-saude-publica-de-importancia-nacional-pela-covid-19>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 21 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1>. Acesso em 28 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Articulação das Redes de Atenção à Saúde e APS**. Brasília, 2023c. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude>. Acesso em 28 ago. 2024.

BRASIL. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2023e. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 15 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência sexual**. Brasília, 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/violencia-sexual>. Acesso em: 02 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.201**, de 15 de agosto de 2024a. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 ago. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.201-de-15-de-agosto-de-2024-579010765>. Acesso em: 02 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Violência Interpessoal/Autoprovocada – Ceará (2009-2023). Brasília, 2024b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinannet/cnv/violece.def>. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Programa Mulher, Viver sem Violência**. Brasília, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/violencia/programa-mulher-viver-sem-violencia>. Acesso em: 23 nov. 2024.

BUENO, Samira; BOHNENBERGER, Marina; MARTINS, Juliana; SOBRAL, Isabela. A explosão da violência sexual no Brasil. In: **FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA**. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, p. 154-161, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em 24 nov. 2024.

CAMPOS, S. L. B.; FIGUEIREDO, J. M. de. Aplicação de Inteligência Artificial no Ciclo de Políticas Públicas. **Cadernos de Prospecção**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 196–214, 2022. DOI:

10.9771/cp.v15i1.42957. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/nit/article/view/42957>. Acesso em: 11 jan. 2025.

CEARÁ. **Lei N.º 17.006**, 30 de setembro de 2019. Dispõe sobre a integração, no âmbito do sistema único de saúde – SUS, das ações e dos serviços de saúde em regiões de saúde no estado do Ceará. Fortaleza, 2019. Disponível em:
<https://belt.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/seguridade-social-e-saude/item/6785-lei-n-17-006-30-09-19-d-o-30-09-19>. Acesso em: 05 out. 2023.

CEARÁ. **Pontos de Luz**: rede de atenção a mulheres, jovens e crianças em situação de violência é ampliada. Fortaleza, 2021. Disponível em:
<https://www.ceara.gov.br/2021/03/01/pontos-de-luz-rede-de-atencao-a-mulheres-jovens-e-criancas-em-situacao-de-violencia-e-ampliada/>. Acesso em: 03 maio 2022.

CEARÁ. **Portaria nº 19**, de 24 de janeiro de 2022. Dispõe sobre a estruturação da rede estadual de prevenção e proteção às mulheres, às crianças e aos adolescentes em situação de violência, institui os serviços de referência, denominados pontos de luz, e o comitê estadual de prevenção e proteção às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência. Diário Oficial do Estado. Fortaleza, CE, 24 jan. 2022a. v. 14, n. 17. Disponível em:
<http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20220124/do20220124p02.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Mulher do Estado do Ceará. **Casa da Mulher Cearense**. 2023a. Disponível em: <https://www.mulheres.ce.gov.br/casa-da-mulher-cearense/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

CEARÁ. Secretaria das Mulheres. **Casa da Mulher Cearense**. Governo do Ceará, 2023b. Disponível em: <https://www.mulheres.ce.gov.br/casa-da-mulher-cearense/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Regionalização**. Fortaleza, 2023c. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 17 ago. 2023.

CEARÁ. Secretaria das Mulheres. **Ceará por Elas chega a 136 municípios parceiros da rede de proteção e apoio às mulheres**. Governo do Ceará, 2024a. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2024/05/28/ceara-por-elas-chega-a-136-municipios-parceiros-da-rede-de-protecao-e-apoio-as-mulheres/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

CEARÁ. Secretaria de Segurança Pública do Estado do Ceará. **Indicadores de segurança pública**. Superintendência de Pesquisa e Estratégia de Segurança Pública. Fortaleza, 2024b. Disponível em: <https://www.sspds.ce.gov.br/indicadores-de-seguranca-publica/>. Acesso em: 19 ago. 2024.

COUTO, Vinicius Assis; ROCHA, Rafael Lacerda Silveira; RIBEIRO, Ludmila Mendonça Lopes; SILVEIRA, Andrea Maria. Intersetorialidade e ações de combate à violência contra a mulher. **Revista Estudos Feministas**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 1-19, 25 jun. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/FCg8T4wR6DGG8wKkCP33vVq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2023.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2014.

DENIS, G; HERMOSILLA, M. P; ARACENA, C; ÁVALOS, R. S. **Uso responsável da IA para políticas públicas: Manual de Formulação de Projetos**. 2021. Disponível em: <https://publications.iadb.org/pt/publications/portuguese/viewer/Uso-responsavel-da-IA-para-politicas-publicas-manual-de-formulac%C3%A3o-de-projetos.pdf>. 23 nov. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Violência contra mulheres em 2021**. São Paulo, 2022. 14 p. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contra-mulher-2021-v5.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Ano 18, 2024. São Paulo: FBSP, 2024. 404 p. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Barueri: Atlas, 2021. 182 p.

GUSSI, Alcides Fernando. Experiências metodológicas de avaliação: usos da noção de trajetória em políticas públicas. **Sinais: Revista de Ciências Sociais**, Espírito Santo, v. 1, n. 23, p. 2-15, dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/sinais/issue/view/1106>. Acesso em: 30 set. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE - IEPS. **Regionalização do SUS e o acesso aos serviços de saúde**. 19/02/2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/arthur-aguillar-regionalizacao-do-sus-e-o-acesso-aos-servicos-de-saude/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

INTERACTION DESIGN FOUNDATION (ed.). **Wicked Problems**. 2023. Disponível em: <https://www.interaction-design.org/literature/topics/wicked-problems#:~:text=Wicked%20problems%20are%20problems%20with,approach%20provided%20by%20design%20thinking>. Acesso em: 15 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Ceará**. Cidades e Estados. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce.html>. Acesso em: 17 ago. 2023.

JACQUINET, Marc. **Problemas complexos (wicked problems) e desafios de gestão**. Lisboa, 2021, Universidade Aberta. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/10445/3/Problemas%20complexos%20%28wicked%20problems%29%20%282%29.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2024

LARSON, R.; FARBER, B. **Estatística Aplicada**. 6. ed. Porto Alegre/RS. Pearson Education do Brasil S.A. 2015.

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

MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. **Feminismo e política**: uma introdução. São Paulo: Boitempo Editorial, nov. 2014. Disponível em: https://blogdaboitempo.com.br/wp-content/uploads/2022/02/feminismopolitica_justicafamilia.pdf. Acesso em: 07 dez. 2024.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. P. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. São Paulo: Vozes, 2008.

NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 16 dez. 2024.

NORONHA, Ceci Vilar *et al* (org.). **Violências intencionais contra grupos vulneráveis**. Salvador: Edufba, 2012. 236 p. (1). Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/16740/3/violencias%20intencionais%20contra%20grupos%20vulneraveis.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2024.

OLIVEIRA, M. L. de. et al.. Impacto da pandemia de COVID-19 na incidência de violência sexual domiciliar contra crianças e adolescentes no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 10, p. e00712023, 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - MUJERES. **Nota Técnica**: A Inter-relação entre violência contra as mulheres e violência contra as crianças. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/lac/media/15826/file/Nota-tecnica-A-inter-relacao-entre-violencia-contra-a-mulher-e-violencia-contra-as-criancas.pdf>. Acesso em: 04 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Violência contra as mulheres**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 22 out. 2023.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**, Fortaleza, ano 1, v. 1, n. 1, p. 7-15, jan./jun. 2008.

ROMANEK, T. G. M.; SCHMIDT, V. L. B. Isolamento Social Decorrente da Pandemia da COVID-19 e Seus Impactos na Violência Contra a Mulher. **Persp Med Legal Perícia Med**. v. 6, p: e210305, 2021.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani; ALMEIDA, Suely S. **Violência de gênero**: poder e impotência. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 1995.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015. 160 p. (Fundação Perseu Abramo).

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5, jul./dez. 1990.

SECCHI, Leonardo; COELHO, Fernando de Souza; PIRES, Valdemir. **Políticas Públicas**: Conceitos e casos práticos, Questões de Concurso. 3. ed. São Paulo: CENGAGE, 2019.

UNICEF. **A Inter-relação entre violência contra as mulheres e violência contra as crianças.** Nova York: Organização das Nações Unidas, 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/lac/media/15826/file/Nota-tecnica-A-inter-relacao-entre-violencia-contra-a-mulher-e-violencia-contra-as-criancas.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.

UNICEF Brasil. **Pandemia dificulta denúncia de violência sexual contra crianças e adolescentes em SP.** 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/pandemia-dificulta-denuncia-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-sp>. Acesso em: 24 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence: A Public Health Priority.** Geneva: Who, 1996. 35 p. Violence and Injury Prevention.

ANEXO A - PORTARIA ESTADUAL DE CRIAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO ÀS MULHERES, ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

*** **

PORTARIA Nº19/2022.

DISPÕE SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO ÀS MULHERES, ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, INSTITUI OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA, DENOMINADOS PONTOS DE LUZ, E O COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO ÀS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso III, do art. 93, da Constituição Estadual; o inciso XIV, do art. 50, da Lei Estadual nº16.710, de 21 de dezembro de 2018, alterada pela Lei Estadual nº17.007, de 30 de setembro de 2019; e CONSIDERANDO o art. 227 da Constituição Federal de 1988, que estabelece que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão; CONSIDERANDO a Lei nº13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); CONSIDERANDO o Decreto nº9.603, de 10 de dezembro de 2018, que regulamenta a Lei nº13.431, de 04 de abril de 2018, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência; CONSIDERANDO o Decreto nº7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde; CONSIDERANDO a Lei nº10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados; CONSIDERANDO a Lei nº12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual; CONSIDERANDO que a criança e o adolescente gozam dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhes asseguradas a proteção integral e as oportunidades e facilidades para viver sem violência e para preservar sua saúde física e mental e seu desenvolvimento moral, intelectual e social, e que eles gozam de direitos específicos à sua condição de vítima ou testemunha; CONSIDERANDO que a Violência Interpessoal constitui importante problema de saúde pública e o seu enfrentamento requer o desenvolvimento de políticas com equidade e que contemplem as diferentes realidades sociais, culturais e de acesso a serviços de saúde, com ações articuladas e organizadas nas diferentes regiões do Estado; CONSIDERANDO a

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO | SÉRIE 3 | ANO XIV Nº017 | FORTALEZA, 24 DE JANEIRO DE 2022

75

necessidade de adotar ações articuladas, coordenadas e efetivas voltadas ao acolhimento e ao atendimento integral às vítimas de violência, RESOLVEM:

Art. 1º Estruturar a Rede Estadual de Prevenção e Proteção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de violência, instituir os serviços de referência, denominados pontos de luz, no âmbito do Estado e o Comitê Estadual de Prevenção e Proteção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de violência.

Art. 2º A Rede Estadual de Prevenção e Proteção às Mulheres, Crianças e Adolescentes é intersetorial, multiprofissional, articulada e integrada por todos os segmentos da sociedade diretamente envolvidos com o tema em questão, constituída pelos Serviços de Saúde de Referência, denominados Pontos de Luz, e pelo Comitê Estadual de Prevenção e Proteção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de violência.

Art. 3º Os Serviços de Referência, denominados Pontos de Luz, estão distribuídos em todas regiões de saúde e deverão funcionar de acordo com protocolos estabelecidos, sendo acompanhados mediante processo de monitoramento e avaliação.

Parágrafo único. A expansão para todos dos serviços de saúde deverá ser contemplada nos Planos de Ação.

Art. 4º O Comitê Estadual de Prevenção e Proteção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de violência é vinculado à Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e a operacionalização das ações e dos serviços de saúde são coordenadas pela Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional.

Art. 5º O Comitê Estadual de Prevenção e Proteção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de violência terá as seguintes atribuições:

- I - promover as ações, a articulação e a disseminação de informações relacionadas à prevenção da violência;
- II - apoiar e participar da formulação e da implementação de políticas públicas intersetoriais e intrasetoriais relacionadas à prevenção da violência;
- III - fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;
- IV - apoiar e desenvolver ações de prevenção da violência e de promoção da saúde, articuladas às políticas, aos programas e às ações de capacitação, de pesquisa e de atenção;
- V - assessorar a Secretaria da Saúde nas demandas relacionadas com o tema da violência;
- VI - apoiar a execução de eventos técnicos voltados às questões sobre violência;
- VII - produzir material para apoio à prevenção da violência e promoção da saúde em mídia eletrônica, impressa e rádios comunitárias;
- VIII - propor estratégias para o fortalecimento da rede, formulação de políticas, organização de serviços, considerando a descentralização, a regionalização, a integralidade das ações e os serviços em conformidade com a rede de atenção à saúde e prioridades do Governo e diretriz do Gestor Estadual;
- IX - apoiar a construção de fluxos, de diretrizes, de protocolos e de outros instrumentos; e
- X - monitorar e avaliar a situação de violência e a organização dos serviços, para subsidiar as políticas públicas e para sugerir medidas de intervenção.

Art. 6º O Comitê Estadual de Prevenção e Proteção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de violência será composto conforme o Anexo Único desta Portaria.

Art. 7º Fica facultado ao Grupo Condutor Estadual solicitar, quando se fizer necessária, a participação de representantes de sociedades científicas, de entidades de classe e de instituições públicas e privadas de ensino superior, que não integram a sua composição, na condição de membros convidados, com a finalidade de analisar, de emitir pareceres e de dar encaminhamentos de propostas necessárias às medidas de prevenção, de proteção e cuidado integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em sentido contrário.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, 19 de janeiro de 2022.

Marcos Antônio Gadelha Maia
SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento
	9 Idade	10 Sexo	11 Gestante	
	12 Cor	13 Escolaridade	14 Ocupação	
	15 Situação conjugal		16 Relações sexuais	
	17 Possui algum tipo de deficiência?		18 Número do Cartão SUS	
	19 Nome da mãe		20 UF	
	21 Município de residência		22 Bairro de residência	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência	
	27 CEP		28 (DDD) Telefone	
29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)		
31 Local de ocorrência				
32 UF		33 Município de Ocorrência		
34 Bairro de ocorrência		35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		
36 Número		37 Complemento (apto., casa, ...)		
38 Zona de ocorrência		39 Ocorreu outras vezes?		
40 A lesão foi autoprovocada?		41 Meio de agressão		
42 Tipo de violências		43 Outros		

