



Taiane Damasceno da Hora

**Violência Sexual e Saúde: Análise da
Implementação dos Serviços de Atendimento
de Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso
Sexual na Perspectiva dos Profissionais e
Gestores das Unidades de Saúde do município
do Rio de Janeiro**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social da PUC-Rio como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dra. Arianne Rego de Paiva

Co-Orientadora: Prof^ª Dra. Ludmila Fontenele Cavalcanti

Rio de Janeiro
Abril de 2018



Taiane Damasceno da Hora

**Violência Sexual e Saúde: Análise da
Implementação dos Serviços de Atendimento
de Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso
Sexual na Perspectiva dos Profissionais e
Gestores das Unidades de Saúde do município
do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Serviço Social do Departamento de
Serviço Social do Centro de Ciências Sociais da PUC-
Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo
assinada.

Prof^a Ariane Rego de Paiva

Orientador

Departamento de Serviço Social- PUC - Rio

Prof^a. Ludmila Fontenele Cavalcanti

Co-Orientadora

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^o. Antônio Carlos de Oliveira

Departamento de Serviço Social- PUC - Rio

Prof^a. Rosana Morgado

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^o Augusto Cesar Pinheiro da Silva

Coordenador(a) Setorial de Pós-Graduação do Centro de
Ciências Sociais - PUC-Rio

Rio de Janeiro , 19 de abril de 2018

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Taiane Damasceno da Hora

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2014, cursou aperfeiçoamento Multiprofissional em Saúde - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), em 2016. Desenvolveu junto a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) a pesquisa sobre implementação de políticas de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual nos serviço de saúde do município do Rio de Janeiro.

Ficha catalográfica

Hora, Taiane Damasceno da

Violência sexual e saúde: Análise da Implementação dos Serviços de Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual na Perspectiva dos Profissionais e Gestores das Unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro / Taiane Damasceno da Hora ; orientadora: Ariane Rego de Paiva ; co-orientadora: Ludmila Fontenele Cavalcanti. – 2018.

117 f. : il. color. : 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço social, 2018.

Incluiu bibliografia.

1. Serviço social – Teses. 2. Abuso sexual. 3. Saúde. 4. Criança. 5. Adolescente. 6. Políticas públicas. I. Paiva, Ariane Rego de. II. Cavalcanti, Ludmila Fontenele. III. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. IV. Título.

CDD: 361

À família e aos que estiveram juntos nestes dois anos.

Agradecimentos

Agradeço à Deus pela força e coragem para prosseguir, em todos os momentos Ele está conosco.

Agradeço aos meus pais Jorge e Solange e minha irmã Tatiana por estarem comigo nessa caminhada de dois anos sempre me auxiliando em todos os momentos.

Agradeço à orientadora Ariane pela parceria e empenho para construir essa pesquisa. Agradeço à professora Ludmila por aceitar ser co-orientadora dando uma excelente contribuição para construção deste trabalho e também por fazer parte na minha trajetória acadêmica desde antes do mestrado. A dedicação, paciência e parceria de ambas foi essencial para construção desta dissertação.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho

não poderia ter sido realizado.

Obrigada à todos os amigos de diferentes lugares que de alguma forma sempre contribuem com nossas vidas ao longo dos anos, as amigas deixam os dias mais leves. Deixo agradecimento especial aos colegas da turma de mestrado Soraya, Flávia e Fernanda pelo auxílio e companheirismo; aos alunos da turma de mestrado 2016.1 e aos Grupo de Pesquisa Estado, Sociedade, Políticas Sociais e Direitos Sociais (GESPD).

Obrigada aos professores do Departamento de Serviço Social PUC Rio, todos que passaram pela minha vida nesses dois anos deixaram alguma contribuição importante. E aos funcionários da secretaria pelo auxílio e boa vontade, especialmente à Joana por estar sempre disponível para solucionar os problemas dos alunos de mestrado.

Agradeço aos professores Antônio Carlos e Rosana Morgado por participarem da banca de mestrado e a Irene Rizzini como suplente.

Obrigada também a todos os profissionais de saúde das unidades da SMS/RJ que aceitaram participar desta pesquisa.

Resumo

Hora Damasceno Taiane; Paiva, Ariane Rego de; Cavalanti, Ludmila Fontenele. **Violência Sexual e Saúde: Análise da Implementação dos Serviços de Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual na Perspectiva dos Profissionais e Gestores das Unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2018. 117p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O objeto desta dissertação de mestrado consiste na análise da implementação dos serviços de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na perspectiva dos profissionais e gestores das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa. O *lôcus* da pesquisa foram duas unidades de saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ): o Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau (CMCMC) e o Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA). Este último possui a particularidade de ser integrado ao Centro de Atendimento ao Adolescente e a Criança (CAAC), órgão de proteção à criança e ao adolescente da segurança pública. Foram entrevistados 15 profissionais de saúde, sendo 10 profissionais e cinco gestores. Como instrumento de pesquisa foi utilizada a entrevista semi-estruturada a partir de dois roteiros. As entrevistas foram gravadas e transcritas e para análise dos dados adquiridos foi usada a técnica de interpretação de sentidos. Sobre os resultados identificados neste estudo houve melhorias na organização dos serviços com a expansão da atenção primária, criação do CAAC e oferta de atendimento para crianças vítimas de abuso sexual em todas as unidades de saúde. Porém, ainda existem desafios e limites referentes a: comunicação na rede de atendimento, dificuldade na forma de abordagem com as crianças, adolescentes e suas famílias, e o medo dos profissionais e familiares de realizar a denúncia. Conclui-se que os profissionais inseridos na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro têm materializado as orientações propostas nos documentos do Ministério da Saúde durante o processo em andamento de implementação da política de atendimento, que embora apresente grandes avanços ainda encontra desafios a serem superados.

Palavras-chave

Abuso Sexual; Saúde; criança; adolescente; políticas públicas.

Abstract

Hora, Damasceno Taiane; Paiva, Ariane Rego de (Advisor); Cavalcanti, Ludmila Fontenele (Co-advisor). **Sexual Violence and Health: Analysis of the Implementation of Services for Care of Children and Adolescents Victims of Sexual Abuse in the Perspective of Professionals and Managers of Health Units in the city of Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro , 2018. 117p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The objective of this master's dissertation is to analyze the implementation of services for the care of children and adolescents victims of sexual abuse from the perspective of professionals and managers of the health units of the city of Rio de Janeiro. The methodology used was the qualitative approach. The locus of the research were two health units linked to the Rio de Janeiro Municipal Health Secretariat (SMS / RJ): the Marcolino Candau Municipal Health Center (CMCMC) and the Souza Aguiar Municipal Hospital (HMSA). The latter has the particularity of being integrated into the Center for Assistance to Adolescents and Children (CAAC), an organ for the protection of children and adolescents in public safety. Fifteen health professionals were interviewed, being 10 professionals and 5 managers. As a research instrument, the semi-structured interview was used from two scripts. The interviews were recorded and transcribed and for the analysis of the acquired data was used the technique of interpretation of meanings. Regarding the results identified in this study, there were improvements in the organization of services with the expansion of primary care, creation of CAAC and provision of care for children victims of sexual abuse in all health units. However, there are still challenges and limits related to: communication in the care network, difficulty in approaching children, adolescents and their families, and the fear of professionals and family members to report. It is concluded that the professionals inserted in the municipal health network of Rio de Janeiro have materialized the guidelines proposed in the documents of the Ministry of Health during the ongoing process of implementation of the service policy, which although it presents great advances still faces challenges to be overcome .

KEYWORDS

Sexual Abuse; Health; Child; Adolescent; Public Policies.

Sumário

Introdução	17
1. Conceitos de violência, violência contra crianças e adolescentes e violência sexual	20
1.1 Conceitos de violência	20
1.2 Violência e suas particularidades no Brasil	22
1.3 Violência contra crianças e adolescentes: diferenças e aproximações	26
1.3.1. Tipos de violências contra criança e adolescentes	33
1.3.2. Abuso sexual contra crianças e adolescentes	36
2. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o atendimento de crianças e adolescentes vítima de abuso sexual	44
2.1. Violência: um problema de saúde pública	44
2.2. Política de saúde e violência sexual contra crianças e adolescentes	48
2.2.1. Política de saúde e o atendimento para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual	54
2.2.2. Implementação de políticas públicas: questões relevantes para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual	59
3. Implementação dos serviços de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na perspectiva dos profissionais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	63
3.1. Percurso metodológico	64
3.1.1. Caracterização dos profissionais entrevistados	67
3.1.2. Organização dos serviços	68

3.1.3.	Disponibilidade de recursos	83
3.1.4.	Limites e experiências exitosas na perspectiva dos gestores e profissionais	92
4.	Considerações finais	96
5.	Referências bibliográficas	101
6.	Apêndices	114
6.1.	Apêndice A - Roteiro de entrevistas para profissionais	114
6.2	Apêndice B - Roteiro para entrevista com gestores das unidades de saúde	116

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Relação Suspeito/Vítima	32
Figura 2	Ciclo das Políticas Públicas	60
Figura 3	Fluxo de Atendimento às Vítimas de Violência	80

SIGLÁRIO

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
ARV	Antirretrovirais
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAAC	Centro de Atendimento ao Adolescente e à Criança
CAP	Coordenadoria de Área Programática
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
CMSMC	Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau
CnR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONANDA	Conselho Nacional de Defesa da Criança e Adolescente
DCAV	Delegacia da Criança e do Adolescente Vítima
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ECPAT	End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes
GAR	Grupo Articulador Regional
HIS	Hospital Information System
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HMJ	Hospital Municipal Jesus
IML	Instituto Médico Legal
LGBTT	Bissexuais, Travestis e Transexuais
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PEP	Profilaxia pós-exposição
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SGDA	Sistema de Garantias de Direitos da Criança e Adolescentes
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUPBAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund, da United Nations Children's Fund
VIVA	Vigilância de Violências Interpessoal e Autoprovocada
WHA	World Health Assembly

“Muitos que convivem diariamente com a violência acham que ela é parte intrínseca da condição humana. Mas não é. A violência pode ser evitada. Governos, comunidades e indivíduos podem fazer a diferença”.

Nelson Mandela

INTRODUÇÃO

Este projeto de estudo está inserido na linha de pesquisa Violência, Direitos, Serviço Social e Políticas Intersectoriais no curso de mestrado acadêmico em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). O objeto desta pesquisa consiste na análise da implementação dos serviços de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro.

Entende-se que a violência não é um problema específico da área da saúde, mas, ela coloca em risco o processo vital humano, visto que ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e resulta muitas vezes na morte das vítimas. A área da saúde tem tido como foco atender os efeitos da violência, como os traumas e as lesões físicas, nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações (MINAYO, 1994).

Uma das formas de violência que afeta a sociedade é o abuso sexual contra crianças e adolescentes. Compreende-se que abuso sexual é uma demanda relevante nos serviços de saúde e que se caracteriza como uma das formas de violação dos direitos humanos fundamentais dando visibilidade a um processo de violência estrutural e cotidiana que permeia as relações da sociedade em suas mais variadas esferas (QUAGLIA; MARQUES; PEDEBOS, 2011).

Segundo os dados do Relatório do Sistema de Vigilância de Violências Interpessoal e Auto provocada (VIVA/SINAN) de 2013, no Brasil a violência sexual foi a terceira causa das notificações de crianças com idade de 0 a 09 (28,4%) e a segunda causa das notificações entre os adolescentes (23,9%) de 10 a 19 anos nos serviços de saúde. Diante disso, para atender as crianças e adolescentes vitimadas pelo abuso sexual os governos devem criar políticas públicas específicas para o atendimento, prevenção e combate a este problema (BRASÍLIA, 2017).

Em vista disso, nesta pesquisa busca-se analisar a etapa do ciclo das políticas públicas definida como implementação, que segundo Howlett, Perl e Ramesh

(2013), ocorre após a formulação de uma política. A implementação depende de profissionais que gerenciem as ações dos funcionários públicos, administrativos e dos atores não governamentais (DALFIOR; LIMA; ANDRADE,2015).

O interesse pelo tema proposto e a aproximação com o mesmo tem relação com a trajetória acadêmica e com o período após o término da graduação. O primeiro contato com o tema “abuso sexual contra crianças e adolescentes” aconteceu no período de 2011 a 2012 como estagiária no Hospital Municipal Jesus (HMJ), quando foi possível acompanhar a atuação dos assistentes sociais no atendimento a este público.

Posteriormente, foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos produzidos sobre esse tema, identificando-se lacunas que necessitam ser preenchidas através da ampliação da discussão sobre o processo de implementação dos serviços de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual em unidades de saúde.

Para responder às questões investigativas buscou-se: analisar as formas de organização dos serviços que atendem crianças e adolescentes vitimados pelo abuso sexual nos diferentes níveis de atenção em unidades de saúde da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS/RJ); levantar a disponibilidade quantitativa e qualitativa dos recursos humanos, materiais e físicos dos serviços de atendimento, balizados pelas normativas de violência e saúde; e identificar os desafios, limites e experiências exitosas em unidades de saúde da SMS/RJ, na perspectiva dos profissionais e gestores da área da saúde.

A metodologia utilizada para esta pesquisa compreende uma abordagem qualitativa de dados. O *locus* foi constituído por duas unidades de saúde vinculadas a SMS/RJ. O instrumento para a realização da pesquisa foi a entrevista semi-estruturada orientada por dois roteiros um para os profissionais (Apêndice 1) e outro para gestores (Apêndice 2), que foram aplicados com 15 trabalhadores de saúde. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas e a análise de dados foi concretizada através da técnica de interpretação de sentidos.

Esta dissertação foi organizada em três capítulos. O primeiro capítulo tem como objetivo apresentar os conceitos de violência, violência contra crianças e adolescentes e violência sexual a partir de diferentes abordagens teóricas. Para

compreender a violência utiliza-se o conceito estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e busca-se apresentar as particularidades sócio-históricas da violência no Brasil. Neste contexto entende-se que a violência sexual contra crianças e adolescentes é uma destas formas de violência que afeta a sociedade.

No segundo capítulo busca-se apresentar uma discussão sobre a inserção da violência como um problema de saúde. Neste contexto compreende-se a importância do atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual que deve estar baseado nos princípios, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas normativas que direcionam o atendimento. Esta discussão visa aproximar a política de saúde com as demais políticas públicas, enfatizando conceitos como a intersetorialidade, a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade. Para finalizar o capítulo apresenta-se a discussão teórico metodológico sobre implementação de políticas públicas e sua importância para o atendimento de vítimas de abuso sexual na saúde a partir dos autores.

No terceiro capítulo é apresentado o percurso metodológico da pesquisa e a caracterização dos entrevistados. Em seguida são apresentados os resultados referentes à pesquisa de campo sobre a implementação dos serviços de saúde para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Para tanto é realizada uma análise das entrevistas identificando os principais núcleos de sentidos atribuídos pelos profissionais sobre cada categoria definida. A análise está organizada levando-se em consideração três dimensões: organização dos serviços, disponibilidade de recursos, desafios e experiências exitosas.

Por último foi apresentada as considerações finais, retomando o objetivo geral da pesquisa, as discussões apresentadas nos capítulos e os resultados encontrados. Ressaltam-se os limites identificados para realização da pesquisa, as conclusões, as sugestões para melhorias na rede de atendimento e os caminhos a serem seguidos futuramente.

1.

Conceitos de violência, violência contra crianças e adolescentes e violência sexual

Este capítulo tem como objetivo apresentar os conceitos de violência, violência contra crianças e adolescentes e violência sexual a partir de diferentes abordagens teóricas. Para compreender a violência utiliza-se o conceito estabelecido pela OMS e busca-se apresentar as particularidades sócio-históricas da violência no Brasil. Dentro deste contexto compreende-se que a violência sexual contra crianças e adolescentes é uma destas formas de violência que afeta a sociedade.

1.1

Conceitos de violência

Segundo Minayo (2006), a violência é um fenômeno social que possui múltiplas causas. A palavra violência tem origem no latim e significa força, refere-se a ações de constrangimento e uso da superioridade física sobre o outro. A violência está ligada a conflitos de autoridades, lutas pelo poder e vontade de posse. Ela varia conforme a época e lugar. Para Chauí (2011):

A palavra violência vem do latim *vis*, força, e significa: 1) tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2) todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4) todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como justas e como um direito; 5) conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror (CHAUÍ, 2011, p.379).

Há certa dificuldade em conceituar violência pois, de acordo com Minayo (2006), trata-se de um fenômeno de ordem do vivido, suas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem comete, de quem sofre e de quem presencia. Para Silva e Silva (2005), a dificuldade para definir o conceito de violência ocorre porque ela se manifesta de diversas formas, variando conforme grupos sociais ou território nacional/cultural. Existe também

uma diversidade na compreensão do que é violência, deste modo algumas práticas são consideradas inaceitáveis para alguns enquanto outras são aceitáveis para outros.

Uma das formas de conceituar violência é partir da definição apresentada pela OMS (2002), a qual a compreende como o

uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.4).

Para Silva e Silva (2005), este conceito considera a violência como uma ação que é realizada em espaço e tempo restritos, trata-se de uma ação praticada por um ator específico contra outro autor determinado. Há nesta definição uma questão relevante que é a limitação da agressão ao corpo, compreendida em várias dimensões.

O conceito da OMS enfatiza que a intencionalidade dos atos independe do resultado que será produzido. Ao abarcar expressões como “poder” e o “uso da força” possibilita uma assimilação ampliada do que é violência, uma vez que, inclui atos resultantes de relações de poder, ameaças e intimidações, negligência, atos de omissão e atos de perpetração. Este conceito engloba também os abusos físicos, sexual, psicológicos, suicídio e autoabuso. A violência nem sempre resultará em morte ou lesões para as vítimas, muitas vezes está atrelada a questões como opressão a determinados grupos da sociedade e que resultam em danos físicos, psicológicos e sociais, sendo assim, consequências imediatas ou a longo prazo (OMS, 2002).

Na resolução *World Health Assembly* (WHA 49.25 [1996]), a violência é definida a partir de três categorias: violência dirigida a si mesmo (autoinfligida), violência interpessoal e violência coletiva. A violência autoinfligida é dividida em pensamento suicida e autoabuso; violência interpessoal é subdividida em violência da família ou de parceiro íntimo e comunitário; e violência coletiva é subdividida em violência social, política e econômica (OMS, 2002).

Minayo (2013) acrescenta que existem outros tipos de violência como a estrutural, cultural e institucional. A primeira é definida como aquela que alimenta a miséria e as desigualdades. A segunda se materializa por meio da naturalização

da sociedade de ações como a submissão feminina, a violência contra crianças e adolescentes por razões pedagógicas, homofobias e exclusão dos diferentes. E a terceira ocorre nas várias formas de trabalho e serviços, reproduzindo a violência social; e última é a tortura que é definida como uma violência contra o outro.

Cabe ressaltar neste estudo que a violência é um fenômeno multicausal, portanto não pode ser restrita a um único fator. Deve ser compreendida como um fenômeno social que está além das questões de desigualdades sociais e econômicas, possui outras dimensões que variam conforme a organização de cada sociedade.

1.2.

Violência e suas particularidades no Brasil

No Brasil, a violência pode ser considerada estrutural, pois está enraizada na sociedade. Ela tem relação com o grau elevadíssimo de desigualdade, o que é histórico nacionalmente. Estas desigualdades ultrapassam a esfera econômica ganhando outras dimensões. Assim, existem diferentes abordagens para compreensão e explicação sobre o fenômeno da violência, o que implica em diferentes aportes teórico-metodológicos para seu estudo (MINAYO, 2006).

Historicamente a sociedade brasileira foi formada por um processo baseado na violência, por vezes velada, outras vezes explícita, onde o colonizador português impõe um modelo patriarcal, promovendo uma mistura de raças, agricultura e escravidão. O sistema patriarcal ultrapassa a esfera familiar que também influencia as outras instituições políticas no Brasil. O corpo social do Brasil foi organizado pelo patriarcado, com um poder centrado na família e na Igreja. Logo, as demais instituições, como aponta Lapa (1999), ficam sujeitas a este domínio patriarcal.

A aparente harmonia social no país teria sido resultante da miscigenação entre negros, índios e portugueses, o que define o mito da democracia racial. No entanto, esta miscigenação ocorreu por motivos sociais, políticos e econômicos, e com práticas de extrema violência. Ela destruiu ainda, através dos valores culturais trazidos por Portugal e outras partes da Europa, a cultura daqueles que viviam no Brasil. Os portugueses chegam ao Brasil habitado

por uma raça considerada atrasada e se colocam como uma cultura dominadora, que dissolve a cultura nativa (BASTOS, 1999; LAPA, 1999; VAINFAS, 2001).

Mesmo com as evidências da violência estrutural presentes na história do Brasil, há um imaginário social de que o povo brasileiro é acolhedor e não pratica violência, tal fato acaba ocultando o fenômeno da violência no país, conforme afirma Chauí (2011):

Há, no Brasil, um mito poderoso, o da não violência brasileira, isto é, a imagem de um povo generoso, alegre, sensual, solidário, que desconhece o racismo, o sexismo, o machismo, que respeita às dificuldades étnicas, religiosas e políticas, não discrimina as pessoas por suas escolhas sexuais, etc. (CHAUÍ, 2011, p.381).

Ao observar os dados referentes a denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes recebidas no Disque 100¹ do ano de 2016, fica incontestável a existência da violência no Brasil contra diferentes grupos. Percebe-se que de um total de 144.580 denúncias recebidas referentes a violações de direitos de crianças e adolescentes, 15.707 (10,9%) eram referentes à violência sexual contra crianças e adolescentes, que aparece como o quarto tipo de violência que mais foi denunciada no ano de 2016. Dentre os 26 estados brasileiros os que mais receberam denúncias foram: São Paulo (1896), Minas Gerais (1084), Bahia (989) e Rio de Janeiro (926), respectivamente.

Segundo Chauí (2011), subsiste alguns mecanismos ideológicos de conservação do mito da não violência. O primeiro é o mito da exclusão, afirma-se que a nação brasileira não é violenta, logo a violência é uma prática de gente que não faz parte da nação.

O segundo mecanismo está baseado na afirmação de que a violência é acidental, seria um acontecimento que se materializa somente em alguns momentos e em determinados espaços.

No terceiro mecanismo a violência está delimitada no campo da delinquência e da criminalidade. O crime estaria restringido aos ataques à propriedade privada. Neste mecanismo determinam-se quem seriam os agentes

¹ O Disque 100 é o um canal de comunicação da Ouvidoria de Direitos Humanos. Trata-se de um serviço de atendimento telefônico, que funciona gratuitamente, a fim de receber as demandas referentes à violação de direitos humanos, funciona 24h e semanalmente em território nacional. Conta também com serviços de internet como a Ouvidoria Online, Clique 100 e com o aplicativo Proteja Brasil.

violentos, prioritariamente os pobres, e por consequência acabam favorecendo ações como a da polícia contra o pobre, negro, crianças em situação de rua e moradores das favelas. Por hora, há uma condenação às ações da polícia quando há práticas como chacina, mas em outros momentos acaba por naturalizá-las.

O quarto mecanismo apresentado por Chauí (2011) coloca a violência como um problema da modernidade, sendo uma questão que tem relação com a migração da população do campo para cidade e de regiões mais pobres para as mais ricas. Logo, este fenômeno da migração seria o motivador temporário, os principais públicos são os pobres e desadaptados. Trata-se de um mecanismo sociológico. O último mecanismo, e que merece destaque, é o da inversão do real, que coloca ideias e valores violentos como se fossem não violentos. Pode-se citar o exemplo de violências geradas pelo machismo, entendido como uma forma de proteção à mulher e justifica questões como o estupro, culpabilizando-a. Portanto,

em resumo, a violência não é percebida ali mesmo onde se origina e ali mesmo onde se define como violência propriamente dita, isto é, como toda prática e toda ideia que reduza um sujeito à condição de coisa, que viole interior e exteriormente o ser de alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural. Mais do que isso, a sociedade não percebe que as próprias explicações oferecidas são violentas, porque está cega ao lugar efetivo de produção da violência, isto é, a estrutura da sociedade brasileira. Dessa maneira, as desigualdades econômicas, sociais e culturais, as exclusões econômicas, políticas e sociais, a corrupção como forma de funcionalismo das instituições, o racismo, o sexismo, a intolerância religiosa, sexual e política não são consideradas formas de violência, isto é, a sociedade brasileira não é percebida como estruturalmente violenta, e a violência aparece como um fato esporádico de superfície (CHAUÍ, 2011, p. 383).

Para Adorno (2002), a violência na sociedade brasileira possui reflexos das duas décadas que o país viveu sob o regime militar (1964-1985). O país caminha em passos lentos para algumas mudanças como ampliação de canais de participação e representações políticas; alargamento do elenco dos direitos (civis sociais e políticos); desbloqueio da

comunicação entre sociedade civil e Estado; reconhecimento das liberdades civis e públicas; abolição das organizações paramilitares ou organismos paralelos à segurança pública; maior transparência nas decisões e procedimentos políticos; sujeição do poder público ao império da lei democraticamente votada; existência de eleições livres (ADORNO, 2002, p.301).

No entanto, mesmo com as mudanças na sociedade, persistem graves formas de violação de direitos humanos, produto de uma violência endêmica, que ocorre de forma naturalizada no Brasil. O controle legal da violência não se concretizou, e mesmo em um regime democrático prevaleceu um aprofundamento da cultura autoritária, que ressurgiu frequentemente em diferentes formas de comportamentos sejam eles políticos, institucionais e nos microprocessos sociais, estas alimentam formas de violência social, patrimonialismo e clientelismo. Alguns fatores explicam esta não concretização do controle da violência, como: o restrito raio de ação dos grupos organizados da sociedade civil; a impunidade dos agressores; e a ausência de efetivo controle do aparato repressivo do poder civil (ADORNO, 1995; MINAYO, 2006).

Velho (2000) traz uma análise da violência na sociedade brasileira, afirmando que ela tem relação com as desigualdades sociais, entretanto, não pode ser restrita a isto. É necessário compreender que há também uma perda de referenciais éticos na sociedade, eles são a base para as interações entre os indivíduos e grupos. Esta perda de referenciais éticos fica mais evidente com a modernização das grandes cidades que modifica o sistema de valores da sociedade.

Chauí (2011) ainda apresenta uma análise sobre a ética, no entanto, numa perspectiva diferente de Velho (2000). Ela faz uma crítica ao uso deste conceito, afirma que as discussões sobre este tema estão baseadas em uma possível crise de valores, portanto, é necessário retornar à ética que aparece como algo perdido em algum momento e que precisa ser reencontrado. Nesta forma de pensar, a ética se torna uma ideologia ligada ao exercício da violência. Esta ética, a qual se busca retornar, não é considerada por Chauí (2011) como uma verdadeira ética e sim uma ideologia que oculta a violência constitutiva da sociedade brasileira. Velho ainda apresenta vários argumentos que podem ser analisados em contraponto às ideias já apresentadas por Chauí sobre o mito da violência.

Para Velho (2000), na sociedade brasileira tradicional as relações eram baseadas em ações de reciprocidade. Com o fim desta sociedade a modernização ganha destaque. Um dos resultados desta mudança é o crescimento das grandes cidades, passando a influenciar nos sistemas de valores e nas relações sociais dentro da sociedade. As principais transformações são aceleradas e transpassadas

por fatores como a expansão da “[...] economia de mercado, as migrações, a industrialização, a introdução de novas tecnologias e o florescimento de uma cultura de massas [...]” (VELHO, 2000, p.18).

Velho (2004) sinaliza que suas afirmações não têm como intuito defender a sociedade tradicional. Ele busca colocar em evidência que no Brasil e em outros lugares do mundo as mudanças que ocorrem durante a transição de uma sociedade tradicional para a modernidade afetaram os valores da sociedade, chamando atenção para a reciprocidade. Para o autor, a tensão social sempre existiu, porém as formas de resolução eram diferentes e buscavam evitar os conflitos físicos.

O autor observa um quadro de grande tensão social, devido ao aumento da violência no Brasil, principalmente nas grandes metrópoles como Rio de Janeiro e São Paulo. Este aumento da violência fica evidente nos noticiários dos grandes jornais e na televisão, cada fonte com suas peculiaridades (VELHO, 2004). Cresce cada vez mais a violência física entre as classes, inclusive nas camadas mais populares da sociedade.

Velho (2000) ressalta inclusive que houve um grande crescimento das novas formas de criminalidade, como por exemplo, o tráfico de drogas. Outro fator que implica no aumento da violência é a ausência de direitos, em geral, as camadas populares são privadas do acesso a bens e valores. Este problema acaba acirrando a tensão e ódio na sociedade.

1.3.

Violência contra crianças e adolescentes: diferenças e aproximações

Uma das formas de violência que afeta a sociedade é a praticada contra crianças e adolescentes. Para Sanchez e Minayo (2006), ela aparece de forma naturalizada na sociedade.

Segundo Fuziwara e Fávero (2011) e Day *et al* (2003), o reconhecimento das crianças e adolescentes em suas particularidades é algo que ocorreu recentemente, ao longo da história nota-se que este grupo sempre foi vítima das mais perversas formas de violência. No Brasil, as primeiras impressões para este

público foram das crianças que vieram nas caravelas e ficaram órfãs no percurso. Muitas foram exploradas sexualmente e também vítimas de trabalho forçado nas embarcações, era uma marcante situação de desproteção.

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade desde os tempos antigos até o presente. É, portanto, uma forma secular de relacionamento das sociedades, variando em expressões e explicações. Sua superação se faz pela construção histórica que “desnaturaliza” a cultura adultocêntrica, dominadora e patriarcal da sociedade brasileira. Esse tipo de violência pode ser definido como: atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundem em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas, seres em formação (SANCHEZ, MINAYO, 2006, p.29).

Day *et al* (2003) afirmam que no início do século XX áreas como medicina, psiquiatria, direito e pedagogia trouxeram contribuições significativas que possibilitaram uma nova compreensão no entendimento sobre crianças, através de concepções com bases científicas, superando as ideias da igreja, que até o final do século XIX e início do século XX era quem dominava as questões referentes à criança.

Por muito tempo, não se reconheceu a existência da infância e adolescência como momentos delicados do desenvolvimento humano, pois logo que adquiriam alguma autonomia física, as crianças passavam a ser vistas e tratadas como pequenos adultos, aprendendo com eles – não necessariamente com os familiares – o que deveriam saber para garantir a sua sobrevivência. Foi só no final do séc. XVII, segundo Ariès (1981), com a mudança trazida pela escolarização, que teve início o reconhecimento e a preocupação com essas etapas da vida, passando a ser a família o grupo referência, a quem competia cuidar e acompanhar as crianças e adolescentes, zelando pelo seu bem estar (FERREIRA, 2002, p.24).

Ferreira (2002) afirma que os primeiros estudos científicos, proporcionados a elaboração do conceito sobre crianças maltratadas, iniciando assim as discussões sobre violência contra crianças e adolescentes, foi em 1860, na Europa com o legista francês A. Tardieu, que publicou um estudo descrevendo os tipos de ferimentos causados nas crianças. Um pouco mais que cem anos depois nos EUA, em 1962, os médicos pediatras norte-americanos Kempe e Silverman, evidenciaram o fenômeno da violência contra crianças durante seus atendimentos. Uma das principais descobertas foi denominada como “Síndrome da Criança Espancada” e teve como resultado uma campanha norte americana

chamando atenção para necessidade de proteção para as crianças e adolescentes (SILVA, 2002; FERREIRA, 2002).

Azevedo e Guerra (1995) afirmam que com a descoberta da “Síndrome da Criança Espancada”, os profissionais da área médica assumiram a hegemonia deste fenômeno. Somente no início da década de 1970 resgatam-se as contribuições de outras áreas de conhecimento como da psicologia, direito, sociologia, antropologia e etc, colocando assim um fim na hegemonia médica.

Para Silva e Silva (2005), até hoje crianças e adolescentes são vítimas de diversas formas de violação de direitos como a violência doméstica, violência institucional, mortalidade infantil, violência comunitária, trabalho doméstico, exploração comercial, emprego no tráfico de drogas dentre outras violações.

A violência contra criança e adolescente passou a ser compreendida como um problema que precisa de intervenção, a partir de 1959 quando foi elaborada a Declaração dos Direitos da Criança pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), o principal objetivo era

Assegurar uma infância feliz, em condições de gozar dos direitos e liberdades nela enunciados: direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; à alimentação, moradia e assistência médica adequada para a criança e a mãe; ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade; direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho (SCHERER; SCHERER, 2000, p.23).

Em 1989, seguindo a trilha dos avanços para este público, a Convenção dos Direitos da Criança², proferida pela Assembleia Geral da ONU de 1989 afirmava no seu artigo 37 que “[...] nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (UNICEF, 2006).

Em 1988, no Brasil, através da Constituição Federal, a família passa a ser definida como um responsável pela proteção social dando, assim, um passo importante no reconhecimento da necessidade de se proteger as crianças e os adolescentes, que são compreendidos como seres em desenvolvimento e

² A Convenção sobre os Direitos da Criança é o instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal. Foi ratificado por 196 países. Somente os Estados Unidos não ratificaram a Convenção, mas sinalizaram sua intenção de ratificar a Convenção ao assinar formalmente o documento.

necessitados de cuidados especiais. A responsabilidade do cuidado passa a ser atribuída à família, sociedade e Estado. Deste modo, no artigo 227 da Constituição, afirma-se que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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 (BRASIL, 1988).

No ano de 1990, o Brasil ratificou a Convenção dos Direitos da Criança, por meio do decreto de número 99.710 e neste mesmo ano foi criado o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Passa-se a partir deste período a assumir o que os estudiosos denominaram de teoria da proteção integral, que parte da compreensão de que crianças e adolescentes são cidadãos plenos, sujeitos à proteção prioritária, tratando-se de pessoas em desenvolvimento. Com o ECA, a violência contra criança e adolescente ganha visibilidade na legislação, no entanto, deve ser combatida, além disso, passa a ser definida como um problema de saúde. Nesta lei são estabelecidos os Direitos Fundamentais e o Direito à Vida e à Saúde (BEZERRA, 2006). Define-se então, no artigo 5 do ECA que

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990, art.5).

Quaglia *et al* (2011) reitera que o ECA dá bases para que seja colocada em pauta a responsabilidade que deve ser compartilhada pela Família, Estado e sociedade em geral. Estes devem possibilitar condições dignas para as crianças e adolescentes, visto que tratam-se de seres em desenvolvimento físico, biológico, psíquico e social.

Como forma de combater a violência contra crianças e adolescentes, no artigo 13 desta mesma lei, afirma-se que [...]

Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990).

A violência contra crianças e adolescentes ocorre de diversas formas. As mais comuns identificadas pelos órgãos de controle e vigilância estão vinculadas às relações familiares e domésticas.

A Constituição Federal de 1988, conforme já foi afirmado, define a família juntamente com outros grupos sociais como uma rede de proteção para crianças e adolescentes, a fim de garantir seu desenvolvimento, pois são considerados vulneráveis. Porém, isto tem se concretizado de forma diferente, visto que é no contexto familiar e doméstico onde mais ocorrem violências. Tal fato vem se perpetuando ao longo dos anos e acontecendo de forma silenciosa, pois a família é compreendida como uma instituição sagrada intocável, assim, sempre se busca evitar sua exposição (SAFFIOTI, 2004; DAY *et al*, 2003).

Pedersen e Grossi (2011) ressaltam que a violência intrafamiliar tem destaque devido a sua universalidade, já que é praticada em diferentes culturas, sociedades, religiões e classes sociais. Ferreira (2002) chama atenção para o fato de que a violência, seja intrafamiliar ou doméstica, fica mais evidente nas classes empobrecidas, pois estes vivenciam situações de exclusão social e inclusão social precária, desemprego e falta de políticas públicas, consequentemente as famílias ficam em maior situação de vulnerabilidade, especialmente as crianças e os adolescentes. Tal fato deve ser bem analisado para não gerar uma leitura distorcida deste fenômeno. Pressupõe-se que

as famílias mais favorecidas contam com recursos materiais e intelectuais mais sofisticados para camuflarem o problema, como o acesso mais fácil a profissionais em caráter particular e sigiloso; histórias e justificativas mais convincentes quanto aos “acidentes” ocorridos com suas crianças e adolescentes; poder aquisitivo para burlar a lei etc. Diferentemente, aquelas pessoas que pertencem às classes populares são denunciadas com maior frequência e não dispõem de recursos materiais para utilizarem serviços profissionais particulares, tendo que recorrer aos serviços públicos de saúde no socorro a suas vítimas (FERREIRA, 2002, p.33).

Segundo Sanchez e Minayo (2006), a violência intrafamiliar ocorre no espaço do lar. Day *et al* (2003) definem violência intrafamiliar como:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue (DAY ET AL, 2003, p.10).

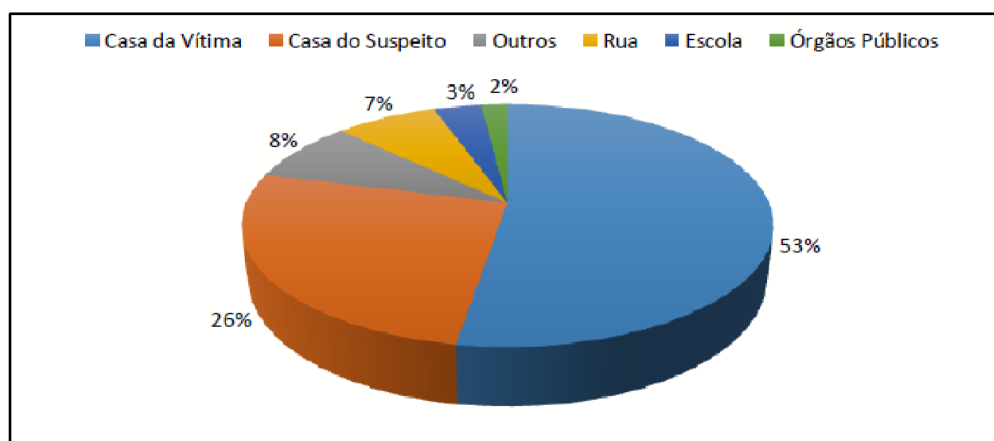
A violência intrafamiliar, determina os padrões de relacionamento abusivos entre os membros de uma família. Segundo Silva (2002), “[...] cabe apontar como uma das características de interação familiar, nos lares onde ocorre o fenômeno da violência intrafamiliar, a existência de uma disfunção, evidenciando a desigualdade de gênero e geração” (SILVA, 2002, p.75).

As pesquisas sobre o tema têm mostrado que, geralmente, a violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal. Quando numa casa se observam maus-tratos e abusos contra algum de seus moradores, é quase certo de que todos acabam sofrendo agressões, embora com diferenciações hierárquicas. Estudos têm mostrado que as crianças são as maiores vítimas, pois a raiva, os ressentimentos, as impaciências e as emoções negativas dos outros membros as atingem como se elas fossem uma válvula de escape. Por isso, alguns autores falam que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes costuma ser funcional, provocando uma espécie de homeostase. Sua fragilidade física e de personalidade as tornam alvos fáceis do poder dos adultos (SANCHEZ, MINAYO, 2006, p.33).

Segundo Day *et al* (2003) e Saffioti (2006), a violência doméstica apresenta pontos de sobreposição com a violência familiar. A violência doméstica contra crianças e adolescentes é definida por Azevedo e Guerra (1995) como:

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima - implica de um lado uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições peculiar de desenvolvimento (AZEVEDO; GUERRA, 1995, p.36).

Tanto a violência doméstica quanto a violência intrafamiliar ficam visíveis nos dados do Disque 100 do ano de 2016 (Figura 1). O lar (53%) foi o local onde houve maiores índices de violações de direitos das crianças e dos adolescente, em seguida, foi identificada a casa do suspeito de praticar a violência (26%). Em menores proporções aparecem outros locais (8%), a rua (7%), a escola (3%) e os órgãos públicos (2%).

Figura 1 - Relação Suspeito/Vítima

Fonte: Balanço das violações de Direitos Humanos - 2016

A violência contra criança e adolescente relaciona-se com o patriarcado e o machismo e com as relações desiguais de poder estabelecidas pela formação social brasileira, que não podem ser analisadas sem se considerar as categorias de classe, gênero, raça/etnia e geração (SAFIOTTI, 2004).

Sobre violência de gênero, Cassab (2015) afirma que este conceito possui abordagens no âmbito da dominação masculina, dominação patriarcal e relacional. Esta violência expressa a desigualdade entre homens e mulheres, ambas são relações permeadas de poder, força e coerção. Para Saffioti (2004), a violência de gênero é uma categoria mais geral e se confunde, muitas vezes, com a violência familiar. A violência de gênero é definida como um conjunto de normas modeladoras dos seres humanos, dada entre homens e mulheres. Esta desigualdade não é dada, ela pode ser construída, com frequência, nas relações principalmente de homens e mulheres, mas não se resume a estes.

A categoria gênero deve ser entendida numa perspectiva interseccional, que articula classe e raça/etnia, podendo ainda incluir geração. Nesse sentido, a interseccionalidade é considerada uma teoria transdisciplinar que busca a apreensão das complexidades inseridas nas identidades e desigualdades. Seu destaque está na compreensão a partir de um enfoque integrado, assim, entende-se que existem múltiplos sistemas de opressão. Por exemplo, entre sexo e raça, isto fica evidente, nas diferenças de inserção na sociedade entre homens brancos e negros e mulheres brancas e negras (HIRATA, 2014).

No caso da violência sexual contra crianças e adolescentes, ficam evidentes as desigualdades de gênero. Nos dados do Relatório VIVA (2013) observa-se que a violência sexual é a segunda causa de notificação entre crianças e (39%) adolescentes (34,1%) do sexo feminino. O que chama atenção nestes dados é que não foram identificadas notificações de violência para crianças e adolescentes do sexo masculino, tal fato precisa ser problematizado e discutido, trazendo um questionamento se este público não sofre violência sexual ou se as denúncias não são realizadas (BRASÍLIA, 2017).

Para Carvalho (2015), há uma invisibilidade dos meninos no contexto de vitimização sexual, isto é motivado por fatores culturais como a naturalização do fato entendendo o evento como se fosse ‘coisa de homem’; a ideia de virilidade masculina, esconde o fato ocorrido, muitas vezes, porque há medo de represálias sociais e de questionamentos futuros sobre a masculinidade da vítima.

1.3.1.

Tipos de violências contra criança e adolescentes

A violência contra crianças e adolescentes, seja em qual ambiente for, e perpetrada por conhecidos ou desconhecidos, pode ser de natureza física, psicológica, sexual, negligência/abandono. Estes tipos de violências não acontecem de forma isolada, muitas vezes, uma violência inclui várias outras.

A violência física é definida como [...] “uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outrem” (MINAYO, 2009, p.38). Está relacionada ao uso intencional da força, ou também dos atos de omissão, sejam eles intencionais ou acidentais, cujo objetivo é ferir, danificar ou destruir a criança ou o adolescente, pode deixar ou não marcas evidentes. Pode ser praticada por meio de ações como tapas, beliscões, chutes e até arremessos de objetos, causando assim traumas, queimaduras e mutilações.

Segundo Assis e Deslandes (2006), é muito comum crianças pequenas chegarem aos serviços de saúde com lesões resultantes de instrumentos de agressão como cintos, fivelas, dedos, dentes, cordas, equimoses, hematomas nos troncos, nádegas e coxas, queimaduras de 2º e 3º grau que ocorrem principalmente

por imersão, traumatismos na cabeça e abdome e fraturas recentes ou antigas. Quando se trata de adolescentes, as autoras afirmam que as agressões são mais graves, intensas e menos regulares do que as que ocorrem com as crianças, há também maior probabilidade de reação contra as repetições. As consequências não são apenas os danos físicos, que, além do mais, podem ser psicológicos, segundo Sonego e Munhoz (2007).

A discussão sobre a violência física através da literatura existente é permeada por uma série de questões, uma delas é: quais atos podem ser considerados violência, estes vão desde uma palmada³ até as agressões mais graves (BRASÍLIA, 2010). Assis e Deslandes (2006) afirmam que:

O questionamento sobre a naturalização pela cultura da violência física também tem evoluído, colocando-se em cheque a prática do “bater” como forma justificada de disciplina. Nesse sentido, importante campanha nacional foi desenvolvida pelo Laboratório de Estudos da Criança do Hospital das Clínicas da USP (Lacri), intitulada “palmada deseduca”, vem contribuindo para colocar na pauta pública o debate sobre a questão (Ibid., p. 52).

Para Sonego e Munhoz (2007) a violência física, pensando no contexto brasileiro, está relacionada também às marcas de um modelo familiar pautado no patriarcalismo e no adultocentrismo. Para Azevedo e Guerra (1995 *apud* ASSIS; DESLANDES, 2006) as famílias brasileiras têm naturalizado certa ‘mania’ de bater em crianças. Ressalta-se uma diferença em disciplina, quando se utiliza a agressão física para ensinar e os castigos para punir por erros e falhas cometidos.

A violência psicológica é uma das formas de violência menos falada, porém é uma das mais comuns. Materializa-se através de agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Indica também a rejeição de pessoas, na inter-relação (MINAYO, 2009, p.39).

³ Em 2014 foi sancionada a Lei 13.010/2014, conhecida como Lei Menino Bernardo, que estabelece como direito da criança e do adolescente serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. Anteriormente foi chamada de “Lei da Palmada”, este nome foi resultado de uma série de equívocos sobre a lei, pois entendia-se que os pais estavam proibidos de dar palmadas nos filhos. Fato que traz outra discussão: qual o limite do Estado na intervenção da violência contra crianças e adolescentes?

Para Assis e Avanci (2006), é importante que a violência psicológica seja diagnosticada, prevenida e que se compreendam as suas consequências para as vítimas, pois estão em desenvolvimento psicossocial. Este tipo de violência afeta a autoestima, o autoconceito, as competências sociais e a capacidade das crianças e adolescentes de estabelecer relações interpessoais.

A violência psicológica se materializa com determinadas peculiaridades, como exemplo pode-se citar crianças e adolescentes que testemunham situações como síndrome da alienação parental e o assédio moral que ocorre no trabalho (comum entre adolescentes). Atualmente, outra forma de violência que traz consequências psicológicas e merece destaque é o *bullying* e o *cyberbullying*, este último se diferencia do primeiro pela utilização da internet, crescente nos últimos anos (BRASÍLIA, 2010).

Segundo Azevedo e Guerra (1995), um dos trabalhos relevante sobre a violência psicológica foi realizado por Simone de Assis no estudo *Labirinto de Espelhos: A Formação da Autoestima na Infância e Adolescência*. Nele a autora realiza uma investigação com estudantes dos cursos diurnos nas 7ª e 8ª séries do ensino fundamental e 1º e 2º anos do ensino médio de escolas públicas e particulares do município de São Gonçalo na região metropolitana. Sobre a violência psicológica Azevedo e Guerra (1995) sinaliza alguns pontos importantes identificados no estudo de Simone de Assis.

(...) cerca de metade dos adolescentes convive com ela direta ou indiretamente. Os adultos os humilham, não os elogiam quando agem corretamente e não os estimulam para os desafios que precisam enfrentar. Também quase um quinto desses adolescentes já passou por experiências sexuais traumáticas ou perturbadoras; já testemunhou violência sexual sofrida por algum membro da família; já teve medo de sofrer violência sexual quando um dos pais estava sob efeito de álcool ou drogas; e já se envolveu em relação sexual com os pais(AZEVEDO; GUERRA, 1995, p.18)

A negligência é definida como situações em que os adultos deixam de prover as necessidades básicas que são relevantes para o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças e adolescentes (BRASÍLIA, 2010). Geralmente, crianças e adolescentes são expostos a uma série de maus tratos, uma das formas mais grave é o abandono. Contudo, vale evidenciar que a negligência não está

relacionada à pobreza, podendo ocorrer em situações onde não há escassez de recursos materiais (MINAYO, 2009; BRASÍLIA, 2010).

Sonego e Munhoz (2007) ressaltam que a negligência é também praticada pelo Estado e pela sociedade. A família, da mesma forma, acaba sendo uma vítima do Estado que negligencia com a falta de recursos para que esta possa prover as necessidades de seus membros. Logo, a família se torna vitimizadora, pois negligencia o cuidado com a criança.

1.3.2.

Abuso sexual contra crianças e adolescentes

A violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo Faleiros (2000), reflete como determinadas sociedades construíram as suas concepções acerca da sexualidade, colocando em evidência qual posição crianças e adolescentes ocupam e também qual é o papel da família. Portanto, a violência sexual⁴ deve ser analisada em seu contexto histórico, econômico, cultural, ético e social.

Esse tipo de violência contra crianças e adolescentes é um problema que ocorre a nível mundial. Segundo os dados do relatório *United Nations Children's Fund, da United Nations Children's Fund* (UNICEF), publicado em 2017, os adolescentes do sexo feminino compõem o grupo de maior risco, sendo os mais vulneráveis à violência sexual. Em todo o mundo identificou-se que 15 milhões de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos foram vítimas de sexo forçado (NEW YORK, 2017).

A Europa Ocidental, Oriente Médio, África do Norte e América do Norte foram as regiões com os países que apresentaram maiores índices de mulheres com idade entre 18 a 29 anos que relataram experiências de violência sexual durante a infância. Nas regiões da Europa Ocidental, Sul da Ásia e América do Norte os homens de 18 a 29 anos relataram também que tiveram experiências de violência sexual na infância (NEW YORK, 2017).

⁴ Para Ferreira (2002), os termos abuso, violência, maus tratos, muitas vezes vem sendo utilizados como sinônimos, entretanto é importante sinalizar que possuem significados diferentes. Assim, a violência é um fenômeno causado por diversos fatores sejam eles socioeconômicos, psicológicos ou situacionais.

Segundo Lowenkron (2010), nos anos 1960 a violência sexual passa a ser vista como um problema político que possui relações com as desigualdades de gênero. Este fato ocorre simultaneamente à atuação do movimento feminista, que naquele momento formulava uma crítica ao modelo patriarcal existente, legitimador da violência praticada por homens contra mulheres e dos adultos contra as crianças. A categoria abuso sexual⁵ teve origem nos textos de Freud no final do século XIX.

Os casos de abuso sexual tiveram destaque tardiamente, primeiramente ganhou evidência a violência física e os maus tratos contra crianças. No contexto brasileiro, essas mudanças ocorreram no final da década de 1980 e início dos anos 1990 quando foram criadas Organizações Não Governamentais (ONGs), mas que atuavam com crianças que viviam nas ruas ou que eram vítimas de negligência, violência física ou sexual. Somente ao longo da década de 1990 a violência sexual infanto-juvenil vai ser inserida na agenda política, sendo pensada em suas questões específicas e como um problema prioritário (LOWENKRON, 2010).

O combate à violência sexual contra crianças e adolescentes teve destaque no contexto internacional no ano de 1996, em Estocolmo, quando foi elaborada a Declaração e Agenda para Ação, aprovada no I Congresso Mundial Contra Exploração Sexual Comercial de Crianças. E em 1998 o Brasil foi sede do II Encontro *End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes*, conhecido como ECPAT, realizado em Salvador (CONANDA, 2013).

Em junho de 2000, a proteção de crianças e adolescentes no Brasil teve um grande avanço normativo com o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil. Este plano é monitorado por instância nacional representativa da sociedade, poderes públicos e pelas cooperações internacionais, as quais monitoram a sua implementação. Tal documento é importante, pois se tornou uma das referências para a sociedade civil organizada e as instâncias do poder federativo brasileiro (FUZIWARA; FÁVERO, 2011).

⁵ Neste estudo será utilizado o conceito de abuso sexual.

O Plano parte do objetivo geral de ‘estabelecer um conjunto de ações articuladas que permita a intervenção técnico-política e financeira para enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescentes’, tendo como objetivos específicos:

- Realizar investigação científica, visando compreender, analisar, subsidiar e monitorar o planejamento e a execução das ações de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes;
- Garantir o entendimento especializado às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual consumada;
- Promover ações de prevenção, articulação e mobilização, visando ao fim da violência sexual;
- Fortalecer o sistema de defesa e de responsabilização.
- Fortalecer o protagonismo Infanto-Juvenil (FUZIWARA; FÁVERO, 2011, p.37).

O Plano está estruturado nos seguintes eixos estratégicos: análise da situação, mobilização e articulação, defesa e responsabilização, atendimento, prevenção e protagonismo infanto-juvenil (FUZIWARA; FÁVERO, 2011). Em 2003⁶ o governo legitimou o compromisso de erradicar a exploração sexual de crianças e adolescentes e também se comprometeu com a implementação de ações através da Comissão Intersetorial de Enfrentamento da Violência sexual contra Crianças e Adolescentes; em 2006 a comissão foi integrada à Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (BRASÍLIA, 2013).

Segundo Fuziwarra e Fávero (2011), este plano foi desenvolvido a fim de orientar as ações de cada município e Estado. Cabe aos Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente garantir a elaboração e a avaliação local sobre as ações desenvolvidas. Em 2003, deu-se início ao processo de atualização deste plano e um dos resultados foi a introdução de indicadores de monitoramento para avaliar seu impacto na formulação de políticas. O plano foi atualizado em 2008 a partir dos debates que surgiram (CONANDA, 2013).

Desse modo surgiram várias iniciativas, dentre elas ressalta-se algumas como: a implantação do Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes e da Comissão Intersetorial no âmbito do governo federal; o fortalecimento das redes locais e estaduais; as campanhas feitas no Carnaval e a criação do dia 18 de maio (Dia Nacional de Luta Contra a Exploração e o Abuso Sexual); o serviço telefônico de denúncia disque 100. Além destas conquistas, no ano de 2008 foi realizado no Brasil, o III Congresso

⁶ Em 2003, iniciou-se um processo de atualização do Plano Nacional, especialmente, para introduzir indicadores de monitoramento e avaliar seu impacto na formulação de políticas públicas nessa área.

Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Ainda complementando as conquistas e dando sequência, em 2006, foi elaborado o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (2008) (BRASÍLIA, 2013).

A violência sexual pode ser explicada a partir da divisão de dois grupos: um dos grupos é o abuso sexual, que inclui os atos abusivos de natureza intra e extrafamiliares. O outro grupo é a exploração sexual, esta por sua vez, possui características que estão ligadas a dimensão comercial (LIBÓRIO; CASTRO, 2010).

Segundo Minayo (2009, p.38), “[...] os termos violências, abusos, maus-tratos não necessariamente significam a mesma coisa. Há várias discussões teóricas a respeito, pois cada um deles traz uma carga ideológica e histórica específica”. Para Faleiros (2000), as categorias violência e abuso possuem particularidades que devem ser consideradas. Sobre esta discussão Lowenkron (2010) acrescenta que:

Em relação aos usos correntes, verificados a partir da análise de material de mídia impressa, o “abuso” é o termo preferencial para falar de casos de “abusos sexuais intrafamiliares” ou praticado por pessoas próximas. É também bastante usado junto com o termo “pedofilia”, quando o “abuso” é praticado por pessoas de status social elevado (médicos, clérigos, professores, etc), por artistas famosos ou por estrangeiros. Aparece também ao lado dos termos “violência sexual” ou “estupro”, quando o ato é articulado a outras violências como morte, estrangulamento etc (LOWENKRON, 2010, p. 16).

É importante salientar que as definições de como ocorre a violência sexual e o abuso sexual tem o mesmo sentido quando se trata de classificá-las. O abuso sexual é definido como uma situação em que ocorre o

“[...] uso excessivo, de ultrapassagem de limites: dos direitos humanos, legais, de poder, de papéis, de regras sociais e familiares e de tabus, do nível de desenvolvimento da vítima, do que esta sabe, compreende, pode consentir e fazer” (FALEIROS, 2000, p.10).

Ao falar sobre abuso sexual, é extremamente importante trazer a discussão sobre família, compreendendo-a em suas relações econômicas, políticas, sociais e culturais. É preciso pensar em questões como as relações de poder familiar e das

relações de gênero que são impostas por uma sociedade que compreende o homem como provedor e a mulher como a cuidadora, responsável pelas tarefas domésticas. Para Faleiros (2000, p. 68)

[...] na manifestação da violência sexual estão implicadas tanto as dimensões do poder intrafamiliar, do contexto social e cultural como a dimensão do (ab)uso ou manifestação da sexualidade humana nessas relações.

A violência está relacionada à falta de poder legítimo, esta se exercita através da negação ou da ameaça praticada contra outro, há uma imposição através da forma física, poder moral e legal. Nos casos de abuso sexual contra criança e adolescente é preciso destacar algumas questões como a relação entre o abusador e a vítima, pois é baseada no prazer e agressão, visto que o abusador muitas vezes constrói uma relação com a vítima. Gabel (1997) faz algumas considerações sobre abuso sexual.

Abuso contém ainda a noção de poderio: abuso de poder ou de astúcia, abuso de confiança, ou seja, noções em que a intenção e a premeditação estão presentes. Abuso sexual supõe uma disfunção em três níveis:

- o poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco);
- a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor);
- o uso delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre o seu corpo (GABEL, 1997, p. 10).

O conceito de abuso sexual possui esta conotação de poder, que se expressa na relação entre o abusador e a vítima. Trata-se de uma relação entre um adulto e uma criança ou adolescente, sendo estes indivíduos em estágios de desenvolvimento psicosssexual diferentes.

Qualquer contato ou interação entre uma criança ou adolescente e alguém em estágio psicosssexual mais avançado do desenvolvimento, na qual a criança ou adolescente estiver sendo usado para estimulação sexual do perpetrador. A interação sexual pode incluir toques, carícias, sexo oral ou relações com penetração (HABIGZANG *ET AL.*, 2005, p. 341).

As crianças e adolescentes envolvidas em situações de abuso sexual, muitas vezes não conseguem compreender a dimensão do ato no qual estão envolvidas. O ato praticado entre o abusador e a vítima pode ocorrer através de

contato físico ou não, por conseguinte existe uma série de atos praticados que vão configurar um abuso sexual. Abuso sexual pode ser definido como

Qualquer interação, contato ou envolvimento da criança ou adolescentes em atividades sexuais que ela não compreende, nem consente. Inclui todo ato ou relação sexual erótica, destinada a buscar prazer sexual. A gama de atos é bastante ampla abrangendo atividades sem contato físico (voyeurismo, cantadas obscenas, etc.) ou com contato físico (implicando diferentes graus de intimidade que vão dos beijos e carícias nos órgãos sexuais até cópulas oral, anal ou vagina); e atividades sem emprego da força física ou mediante emprego da força física (PEDERSEN; GROSSI, 2011, p.27).

O abuso sexual pode ocorrer através de ações como estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “voyeurismo” (obtenção de prazer sexual por meio da observação) (BRASÍLIA, 2010).

O abuso sexual pode se efetivar com contato físico ou sem contato físico. Quando se trata de uma prática sem o contato físico, pode ocorrer através do abuso verbal, com conversas de caráter sexual que despertam o interesse da criança ou adolescente; exibicionismo, que se trata de uma prática cujo objetivo é chocar a vítima; e o voyeurismo. Vale ressaltar outras práticas, como expor a criança e o adolescente a vídeos pornográficos e fotografá-las nuas ou em posições sexuais (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Segundo Sánchez (1995 *apud* Oliveira; Cruz, 2015) o abuso sexual também pode se materializar através de contato físico, como é o caso do estupro, definido segundo a legislação como: “[...] ato que ocorre quando há penetração vaginal com o uso de violência e ameaças, sendo que em crianças e adolescentes de até 14 anos, a violência é presumida ” (OLIVEIRA; CRUZ, 2015, p.7). O abuso sexual também ocorre através do atentado violento ao pudor, este se materializa quando um adulto, através da força, obriga a criança ou adolescente a praticar um ato considerado libidinoso, pode ser sem penetração vaginal, por meio da violência ou de grave ameaça.

Para Gabel (1997), quando o abuso é seguido de ações violentas, ficam visíveis sequelas físicas tais como: equimoses, lacerações e infecções. Porém

ainda ocorrem as sequelas que são invisíveis, estas são mais difíceis de avaliar e detectar, são exemplos disso o sentimento de culpa, angústia, depressão, dificuldades de relacionamentos quando adultos. Ressalta-se que em cada vítima as sequelas ocorrem de um jeito. Gabel (1997) afirma que:

não há certeza alguma de que os abusos sexuais deixem, em todas as crianças marcas tão profundas ou indeléveis: talvez, sejam mais a vulnerabilidade, a idade da criança, a repetição e o tipo do abuso ou o silêncio em torno da criança que fundamentam a gravidade do tratamento (GABEL, 1997, p. 9).

Oliveira (2012 *apud* SGROI, 1982) aponta que existe uma dinâmica do abuso sexual quando ele é intrafamiliar. O autor faz uma explicação a partir de cinco etapas. A dinâmica se inicia com o envolvimento da criança ou adolescente com o adulto, que busca envolvê-la, neste momento ainda sem caráter sexualizado, a vítima neste momento não consegue ter percepção do que ocorre. A segunda etapa ocorre muitas vezes juntamente com a primeira, neste momento o autor dos abusos já tem a criança envolvida, agora as práticas já possuem um caráter evasivo no corpo da criança. Nesta etapa, as ações não são mais implícitas e começam a provocar desconforto à vítima.

Na terceira etapa o abusador procura manter o sigilo da prática, recorrendo a alguns pretextos, logo, usa argumentos como subornar a criança ou até mesmo ameaçá-la ou criando uma cumplicidade. A quarta fase é a da revelação, vale dizer que nem todos os casos chegam até esta etapa. Ela pode acontecer de forma acidental, quando presenciada por terceiros, através dos sinais e sintomas, propositalmente ou até mesmo por um pedido de ajuda. É importante sinalizar que para família esta revelação causa um conflito de diversas formas.

A quinta etapa explicada pelo autor é a supressão da alegação do abuso. Esta etapa é influenciada por fatores econômicos, perda do convívio familiar, sofrimento pela não proteção dos membros da família, equívocos dos profissionais envolvidos no caso, aumento das demandas familiares, repetição de entrevistas, descrédito em relação às vítimas ou superexposição.

O abuso sexual possui uma dinâmica complexa conforme apresentado acima e também inclui outras questões como a síndrome do silêncio, que por gerar certa revolta na sociedade, geralmente, é mantido em segredo através de uma elucidação ou ameaças à criança ou adolescente, tal fato possui relação com a

psicopatologia do agressor. A outra questão importante é a “Síndrome da Adição”, esta, por sua vez, é uma questão complexa, pois envolve o comportamento compulsivo do abusador, que não controla seus impulsos e utiliza a criança ou adolescentes para obter excitação sexual e aliviar sua tensão, tornando-se um dependente desta prática (HABIGZANG *et al*, 2005; OLIVEIRA, 2012).

Para Habigzang *et al* (2005) o abuso sexual pode estar relacionado à outras formas de violência intrafamiliar. Os autores enfatizam que muitas crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual também sofrem com outras violências como negligência, abusos emocionais e também violência física.

2.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma discussão sobre a inserção da violência como um problema de saúde. Neste contexto, compreende-se a importância do atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual que deve estar baseado nos princípios, diretrizes do SUS e nas normativas que direcionam o atendimento. Além disso, esta discussão visa aproximar a política de saúde com as demais políticas públicas, enfatizando conceitos como a intersetorialidade, a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade.

2.1.

Violência: um problema de saúde pública

A violência é considerada um fenômeno sócio-histórico conforme já foi apresentado, portanto não pode ser considerado um problema específico da área da saúde. A área da saúde tem como foco atender os efeitos da violência, como os traumas e as lesões físicas, nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações (MINAYO, 2006).

Embora não seja um problema da saúde, a violência coloca em risco o processo vital humano, provoca morte, lesões ou traumas físicos, agravos mentais, emocionais, espirituais, reduz a qualidade de vida, exige mudanças da organização dos serviços, coloca em evidência a necessidade de atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial (MINAYO, 2006; MINAYO, 1994). A organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sinaliza que

a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países. [...] O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (MINAYO, 1994, p.9).

Na década de 1980 profissionais da saúde como médicos, pesquisadores e os sistemas de saúde pública passaram a se dedicar para compreender as raízes da violência e discutir medidas para sua prevenção. É também nesta década que a violência passa a ser considerada um problema de saúde pública, devido ao aumento de mortes e traumas que congestionam os serviços de saúde (DESLANDES, 1994; DAHLBERG E KRUG, 2007).

Um dos eventos que marcou a compreensão da violência como um problema de saúde pública foi a 49ª Assembleia Mundial de Saúde realizada em 1996, quando foi adotada a *Resolução 49.25 da World Health Assembly de 1996*, declarando que a violência é um problema também da saúde pública. Nesta assembleia foi ressaltada a importância da compreensão deste fenômeno social para a saúde e quais as consequências num curto e longo prazo para as vítimas. Na década de 1990 a violência passa a ser uma preocupação mundial, ganhando destaque na OMS, passando a fazer parte da agenda de intervenções. Em 1993 foi instituído o Dia Mundial da Saúde⁷, com o objetivo de comemorar a “Prevenção de Acidentes e Traumatismo” (DAHLBERG E KRUG, 2007; MINAYO, 1994).

A inserção do tema violência na saúde vem ocorrendo de forma bastante lenta. Houve um aumento na produção acadêmica sobre violências e acidentes na ótica da saúde na década de 1990, no entanto não houve um aprofundamento teórico sobre o tema que garantisse uma maior compreensão do sentido deste fenômeno e das possibilidades de intervenções governamentais e socioculturais. A maioria das ações limitou-se a descrever os problemas e apontar soluções, no entanto sem aprofundar temas (MINAYO, 2003).

Minayo (2006) afirma que na década de 1990, no Brasil, mais de um milhão de pessoas morreram devido a violências e acidentes, dentre estes 400 mil foram vítimas de homicídios. É importante enfatizar que o tema violência contra crianças e adolescentes foi um dos pioneiros para sensibilizar a compreensão da relação entre violência e saúde. Nos anos 1960, os profissionais da saúde começaram a fazer um número significativo de denúncias sobre as diversas formas de violência contra crianças e adolescentes e como este problema influenciaria no crescimento e desenvolvimento das vítimas (MINAYO, 2006).

⁷ O Dia Mundial da Saúde é comemorado em 07 de abril porque essa data coincide com a data de criação da OMS em 1948.

Nos últimos 20 anos, o Brasil vem sofrendo uma transição epidemiológica, que fica evidente com a permanência de mortes devido a doenças do aparelho circulatório e redução das doenças infecciosas e parasitárias. Concomitante a isso há um aumento das neoplasias e das causas externas, que são as mortes por violência. As doenças cardíacas e as neoplasias passaram a configurar cerca de 60% dos óbitos e corresponde a terceira causa de mortes no país (BATISTELLA, 2007).

No campo da saúde, consideram-se violências os eventos intencionais, como agressão, homicídio, violência sexual, negligência, abandono, violência psicológica e lesão autoprovocada. Já os acidentes são definidos como as quedas, envenenamento, afogamento, queimaduras, acidentes de trânsito, etc. Ambos podem ser prevenidos. São definidos como causas externas de morbidade e mortalidade e estão representadas no capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças (CID 10)⁸.

A compreensão da violência como um problema no campo da saúde no Brasil é direcionada por alguns documentos que merecem destaque, são eles: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001); Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (2004); Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2014 (2006); e o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA, [2006]).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi instituída pela portaria GM/MS n. 737 em janeiro de 2001. Segundo Santos (2015) e Melo (2015), esta portaria é importante, pois se configura em um marco com relação aos acidentes e reconhece a violência como um problema de saúde pública, passando a considerar este tema como central na construção da cidadania, na qualidade de vida da população e também na redução dos acidentes e violências.

O propósito fundamental desta política é a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país através do desenvolvimento de um conjunto de

⁸ A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) é publicada pela OMS e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10.

ações articuladas e sistematizadas que contribuam para a qualidade de vida da população. Essa política tem como diretrizes a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; o monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Outro marco importante para compreensão da violência como uma política pública, é a portaria MS/GM n.936 de maio 2004, esta implementou a Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, que regula a criação de núcleos estaduais, municipais e instituições acadêmicas, ressaltando o papel destas instituições no enfrentamento às violências (SANTOS, 2015).

Esta política tem como objetivos: promover a articulação da gestão de conhecimento sobre o agravo por meio da qualificação da Vigilância de Violências; desenvolvimento de pesquisas; formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais; implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intrassetoriais; fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não governamentais e comunidades no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à violência, de atuação sobre os determinantes sociais em saúde e de promoção da Cultura de Paz e; acompanhar o desenvolvimento dessas estratégias nas várias esferas de gestão (SANTOS, 2015).

Já a portaria n.687 de março de 2006, institucionaliza a Política Nacional de Promoção da Saúde, tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Seus pontos relevantes são a defesa da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e de riscos de vida, redução da vulnerabilidade e dos riscos para a saúde que decorrem

do processo sócio-histórico. Seu objetivo é promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Por último, merece destaque o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA), criado em 2006, implantado pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde. Esse sistema é importante porque sistematiza as demandas geradas por violências e acidentes nos serviços de urgências e emergências. O sistema possui dois componentes: o VIVA Contínuo que é composto pela vigilância contínua, nele estão contidas a violência doméstica, sexual, interpessoais e autoprovocadas. Estes dados são referentes à notificação compulsória registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O segundo componente é o VIVA Inquérito, que se materializa através dos serviços sentinelas de urgência e emergências de municípios selecionados, onde são levantadas informações referentes à violências e acidentes que são atendidas nos serviços (BRASÍLIA, 2017).

As informações produzidas pelo VIVA têm como resultado: a alocação de recursos, qualificação do atendimento e reorganização dos serviços, ações de promoção da saúde e prevenção de acidentes e violências. Estas informações também têm impacto na implementação de políticas de atenção e proteção integral às pessoas em situação de vulnerabilidade para as causas externas (BRASÍLIA, 2017).

2.2.

Política de saúde e violência sexual contra crianças e adolescentes

A violência sexual contra crianças e adolescentes é uma problemática que adquire caráter endêmico, tornando-se um problema de saúde pública na medida em que as vítimas ficam suscetíveis a lesões físicas, distúrbios sexuais, uso de drogas, prostituição, depressão e suicídios. Além disso, existem os riscos de adquirir doenças sexualmente transmissíveis como a Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida (HIV) e outros problemas como a gravidez indesejada (RIBEIRO, FERRIANI E REIS, 2004).

No que diz respeito aos instrumentos da política de saúde sobre violência sexual na área da saúde, no final dos anos 1990, o Ministério da Saúde pressionado pelo movimento feminista e pelas entidades nacionais e internacionais voltadas para a garantia de direitos humanos implementou algumas políticas e definiu ações para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. Para tanto, foi elaborada a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (DESLANDES; LIMA, 2011).

A primeira versão desta norma técnica foi elaborada em 1998; em 2005 foi atualizada pela área técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Esta atualização buscou organizar a assistência às violências sexuais nos serviços públicos de saúde e

[...] normatiza o atendimento clínico, os cuidados médicos e de enfermagem, a coleta de material para identificação do agressor, a anticoncepção, a quimio-profilaxia das DST/HIV/Aids, os procedimentos para interrupção da gravidez, além do apoio psicológico e social (DESLANDES, LIMA, 2011, p.825).

Para Paixão (2011), as versões de 2005 e posteriormente, a de 2010 da Norma Técnica trazem questões importantes sobre o atendimento deste público como o acolhimento, o aborto legal, detalhamento dos tipos de doses e efeitos adversos de drogas que devem ser administrados nos casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) ou na profilaxia de HIV/AIDS e o detalhamento das fichas de registros. Outra questão relevante sobre este documento é que a partir da revisão de 2005 a criança passa a ser mencionada. No entanto, mesmo com os avanços este documento ainda não traz uma abordagem sobre o atendimento do público masculino e casos de violências crônicas.

Deslandes *et al.* (2016) acrescentam que a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes também apresenta questões como a organização dos serviços, atendimento, as instalações físicas, recursos humanos e medicamentos

para profilaxia de DST, que são necessários para as vítimas de abuso sexual e devem estar disponíveis nos serviços de saúde.

Em 2010 a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)⁹, especificamente o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde (DAPES)¹⁰, elaborou a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências - Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde¹¹. Este documento se configura como uma estratégia para a ação e busca cumprir com o princípio da atenção integral à saúde do SUS. Tem como alvo a articulação do cuidado desde a atenção primária até os níveis mais complexos de atenção. O documento traz também uma questão importante que é a interação dos demais sistemas para garantir os direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes (BRASÍLIA, 2010).

A linha de cuidados é um documento organizado de forma pedagógica, traz questões relevantes como o estímulo para os profissionais desenvolverem ações de prevenção de violências, promoção da saúde e cultura da paz. Busca enfatizar o trabalho junto às famílias, bem como orienta os profissionais de saúde sobre a identificação de sinais e sintomas de violência. Este documento enfatiza a importância da articulação da rede de proteção social existente no território (IDEM).

É importante compreender também que o atendimento às crianças e aos adolescentes vitimadas pelo abuso sexual faz parte de um direito social. O atendimento para esse público está baseado nos princípios e diretrizes do SUS. Por isso, convém apresentar aqui uma breve compreensão do que é esse Sistema, definindo seus princípios e diretrizes, além do trabalho em rede que emana dele.

⁹ A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) é formada pelos departamentos de Atenção Especializada; de Regulação, Avaliação e Controle; de Atenção Básica; e de Ações Programáticas Estratégicas.

¹⁰ O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde integra a SAS. Este departamento propõe e implementa políticas públicas, buscando garantir a atenção integral às populações estratégicas do SUS. Suas ações são transversais à atenção básica, e à média e alta complexidade.

¹¹ A Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências - Orientação para gestores e profissionais de saúde é um documento que busca sensibilizar e orientar os gestores e profissionais que atuam no campo da saúde, com o foco em uma ação contínua e integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O SUS se configura como um grande avanço na história da política de saúde no Brasil sendo resultado de um processo de luta promovido pelo movimento de Reforma Sanitária, que buscava um sistema universal de saúde e pudesse atender a toda população. Em 1988 com a Constituição Federal da República a saúde passou, então, a integrar o tripé da Seguridade Social, juntamente com as políticas de Assistência Social e de Previdência Social, representando-se como um direito. Segundo Paim (2009, p. 43), “[...] a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-la: A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

A partir da criação do SUS a saúde passa a ser regulamentada por leis, normas operacionais, emendas constitucionais e resoluções. As Leis Orgânicas da Saúde (LOS) são: a lei nº 8.080, que apresenta as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como devem ser a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei nº 8.142 que define como a comunidade deve participar da gestão do SUS bem como as transferências de recursos da saúde entre os governos (PAIM, 2009).

Os princípios do SUS são a universalidade, integralidade e equidade. No que diz respeito ao princípio da universalidade, com a criação desse sistema, todos têm o direito de acessá-lo sem exceções. Para Teixeira (2011), o cumprimento da universalização está relacionado também à eliminação de barreiras jurídicas, barreiras econômicas, sociais e culturais. Estas estão colocadas entre os usuários da política de saúde e as instituições que disponibilizam serviços.

O princípio da integralidade

[...] diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde (TEIXEIRA, 2011, p.06).

Para concretizar este princípio torna-se necessário investir em projetos e ações direcionados à população idosa, aos portadores do vírus HIV, às gestantes, aos usuários de drogas, às pessoas com deficiência e outros. Há também um maior enfoque na articulação dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de

saúde (alta, média e baixa complexidade), tendo como horizonte a racionalização do sistema e também possibilitando a absorção das demandas da população que busca atendimento. Atualmente, a humanização passa a ser uma necessidade para o cumprimento deste princípio.

O princípio da equidade tem como finalidade “[...] tratar desigualmente os desiguais de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade” (TEIXEIRA, 2011, p.5). Este princípio tem como objetivo compreender as desigualdades presentes também na saúde. Para isto, criam-se ações focalizadas em determinados grupos específicos da sociedade como a população indígena, população negra, População Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual (LGBTT) entre outros, isto é, considerando-se as desigualdades sociais em saúde, é preciso distribuir os serviços, priorizando os grupos cujas condições de vida e saúde são precárias, ficando isso expresso no processo saúde/doença. A solução que o sistema de saúde encontra é criar programas direcionados para estes grupos específicos da sociedade. Logo, há duas dimensões presentes neste princípio do SUS: uma diz respeito a uma reorganização dos investimentos e a outra às ações que serão realizadas.

Segundo Paim (2009), o SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde e sua organização se materializa em rede. Conforme estabelecido no artigo 198¹² da Constituição Federal de 1988, de forma descentralizada, regionalizada e com participação da comunidade.

Sobre as diretrizes, a descentralização, tem como objetivo a garantia de que o SUS esteja em conformidade com as diversidades do país. A gestão do sistema de saúde é realizada em cada Município e Estado; o Distrito Federal tem o poder de tomar as decisões juntamente com as secretarias de saúde, enquanto o Ministério da Saúde tem o papel de coordenar a atuação do sistema em nível federal. Sendo assim, transferem-se também os recursos financeiros da União. A

¹² As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, Art. 198).

descentralização possui um comando único em cada esfera do governo (PAIM, 2009).

Sobre a diretriz da regionalização, afirma-se que os serviços de saúde são organizados a partir dos níveis de complexidade tecnológica crescente. Esta organização busca delimitar as áreas geográficas definindo qual população será atendida garantindo a ela todas as modalidades da assistência e acesso a todas as tecnologias para resolubilidade dos problemas de saúde (BRASÍLIA, 1990).

A terceira e última diretriz recomendada pela OMS denominada participação da comunidade, foi elaborada a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata em 1978. Tem como horizonte a garantia da democratização dos serviços e das decisões relativas à saúde e busca assegurar o controle social sobre a política. A comunidade deve então ocupar os espaços referentes à identificação de problemas e às soluções propostas. Os resultados de tais medidas configuram-se pela criação dos conselhos de saúde em todas as instâncias governamentais, em concordância ao que está inscrito na Constituição Federal de 1988.

A organização da saúde em rede baseia-se nesses princípios e diretrizes do SUS. Além disso, a construção da rede deve compreender os problemas de saúde que ocorrem de forma diferenciada entre a população, para tal é preciso delimitar as unidades de saúde por níveis de atenção (hierarquização) e sua distribuição deve acompanhar a geografia (regionalização) (KUSCHNIR *ET AL*, 2009).

As redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (BRASÍLIA, 2010, p.77).

Para Paim (2009), a rede regionalizada possibilita que haja uma distribuição das unidades de saúde em um determinado território. E, sobre a hierarquização, afirma que se trata de utilizar os recursos disponibilizados de forma mais racional atendendo melhor às pessoas.

2.2.1.

Política de saúde e o atendimento para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Conforme o documento Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências - Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde, o atendimento para este público na área da saúde, deve compreender quatro dimensões, definidas como: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social (BRASÍLIA, 2010).

O acolhimento é o momento em que a criança ou o adolescente é recebido no serviço de saúde e são realizados os encaminhamentos necessários para a rede de cuidados e proteção social. Define-se acolhimento como um ato de “[...] dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (BRASÍLIA, 2010, p.6). Trata-se de uma das diretrizes mais relevantes da Política Nacional de Humanização do SUS, que aborda questões éticas, estéticas e políticas.

- Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- Estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASÍLIA, 2010, p.6).

A ideia de acolhimento no SUS possui duas dimensões: uma definida como espacial e outra como uma ação de triagem administrativa que é compreendida como um repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas não devem ser pensadas de forma fragmentada, e sim, com uma articulação.

A dimensão espacial está relacionada com a recepção administrativa, tratando-se de um ambiente confortável, não deve ser pensado como uma ação pontual, isolada e descomprometida. A qualidade do acolhimento é essencial para

o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. É preciso que seja criado um ambiente seguro, com oportunidade para que as vítimas conversem sobre a situação de violência que estão vivenciando. Tudo isso deve ser baseado em algumas questões como a ética, privacidade, confidencialidade e sigilo (BRASÍLIA, 2010).

A segunda dimensão proposta é definida como atendimento. Neste momento é realizada a consulta clínica, anamnese, exame físico e é feito o planejamento para o caso de abuso sexual. Os serviços devem contar com um plano de atenção pensando em questões como preenchimento de prontuário, observação do comportamento da criança, do adolescente e de sua família. Os serviços precisam estar equipados com recursos físicos e também com informações disponíveis para todos. Ainda são realizadas as profilaxias, avaliação psicológica etc (BRASÍLIA, 2010).

Garcia (2002) afirma que dentre as modalidades da atuação profissional para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual é importante que tenham representantes de diversas disciplinas, tal fato vem sendo compreendido como um modelo ideal. Esta ação prioritariamente deve contar com profissionais de várias áreas, com ênfase no trabalho interdisciplinar.

Deslandes *et al.* (2016) chamam atenção para a complexidade existente nos atendimentos para criança e adolescentes vítimas de violência sexual no campo da saúde. Estes atendimentos englobam situações de diferentes campos, com questões clínicas, psicológicas, sociais e legais, além disso, é preciso enfatizar a necessidade de continuidade do atendimento e da busca pela restauração dos direitos violados.

O atendimento multiprofissional possibilita que sejam evidenciados os sinais de violência, deve ser utilizado desde o início do atendimento para diagnosticar a gravidade das situações (BRASÍLIA, 2010).

A terceira dimensão é definida como notificação. O profissional deve preencher a ficha de notificação, encaminhá-la para o Sistema de Vigilância e Acidentes (VIVA) da Secretaria Municipal de Saúde, também é preciso fazer o comunicado ao Conselho Tutelar e acionar outros órgãos competentes quando necessário, por exemplo, em casos de interrupção da gravidez, que se deve acionar o Ministério Público (BRASÍLIA, 2010).

Em 2001, foi publicada a portaria nº 1.968 pelo Ministério da Saúde, esta estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos pelo SUS sejam notificados às autoridades competentes, em conformidade com o ECA. A notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência deve ser realizada pelos profissionais de saúde que integram a rede de atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência. A notificação tem um papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências.

A última dimensão é definida como seguimento na rede de cuidados e proteção social, a qual propõe que as crianças ou os adolescentes e suas famílias sejam acompanhadas até o término do tratamento. Durante o tratamento é preciso também que seja acionado uma rede de cuidado e de proteção social no território.

Sobre o território, Gondim e Moken (2008) enfatizam que é um espaço geográfico delimitado para distribuição de bens e serviços públicos, este deve ser constituído por uma rede de serviços a ser ofertada pelo Estado para todos, sendo assim um direito de cidadania. Além disso, Kuschnir *et al.* (2009) ressaltam que as dinâmicas territoriais possuem especificidades que variam conforme o modo de vida de determinada região, fato que deve ser considerado. Já Abreu (2011) acrescenta que há uma desigualdade na distribuição das políticas sociais de acordo com o território, isso resultaria numa negação desse direito à cidadania.

No campo da violência exige-se um trabalho que seja realizado em rede, materializando-se “[...] de forma articulada, baseado na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades” (BRASÍLIA, 2010, p.77). Esta rede deve comportar os serviços desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade. Para que esta articulação em rede seja fortalecida é preciso mobilização dos diversos atores trocando experiências e enfrentando os problemas. Conforme já foi discutido, a violência não é um problema específico do campo da saúde, portanto, torna-se necessário que outros serviços dentro do território sejam mobilizados, com estabelecimento de um fluxo referenciado, diálogo permanente, informações com todos os serviços que são disponibilizados

no município, bem como no município vizinho, o que chama-se de articulação intersetorial ou intersectorialidade.

É importante ressaltar que a intersectorialidade é um conceito que possui diversos significados e possibilidades e atualmente vem ganhando destaque na pauta das discussões de intelectuais e políticos. É definida como uma forma de gestão, cujo objetivo é construir estratégias através da articulação de diferentes setores e instituições governamentais e também não governamentais, buscando assim uma articulação com a finalidade de atingir um único objetivo, responder aos fenômenos complexos que surgem na contemporaneidade (PEREIRA, 2014; AKERMAN *et al.*, 2014 d; MONNERAT; SOUZA, 2011).

Além disso, visa alcançar uma superação de um único setor da política social. Para que se concretize é preciso que haja pesquisa, planejamento e avaliação. É importante enfatizar que se trata de um conceito polissêmico e ainda carrega uma série de perguntas a serem respondidas (PEREIRA, 2011; AKERMAN *et al.*, 2014d; MONNERAT; SOUZA, 2011).

Junqueira (2000) define intersectorialidade como uma concepção que tem relação com o planejamento, execução, controle, prestação de serviços e trata-se de uma forma de garantir um acesso igualitário aos serviços públicos. Para este autor a implantação integrada das diversas políticas sociais não depende unicamente da vontade política, mas também tem relação com os recursos disponíveis.

Dentro dessa compreensão é importante trazer a discussão sobre o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e dos Adolescentes (SGDCA), compreendendo a necessidade de articulação entre os diferentes serviços para atender crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

Segundo Farineli e Pierini (2016), o ECA consolida o Direito a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes, trazendo a necessidade da existência de uma rede que integre o SGDCA. As competências e finalidades desse Sistema estão definidas na Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006, publicada pelo Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Segundo este documento o sistema deve se organizar nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal. Segundo o artigo 1º da Resolução:

O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal (BRASÍLIA, 2013).

O SGDCA possui três eixos: o de Controle e Efetivação dos Direitos, o da Defesa dos Direitos Humanos e o de Promoção de Direitos Humanos (DESLANDES, 2015).

Para Deslandes (2015), o eixo de controle social traz a necessidade de participação da sociedade na formulação e no acompanhamento das políticas para crianças e adolescentes, isto se dá através de ações que são organizadas pela sociedade civil ou por meio das instâncias formais de participação estabelecidas na lei, que são os Conselhos de Direitos. As ações propostas neste eixo se materializam a partir das instâncias públicas colegiadas próprias, assegurando paridade na participação dos órgãos governamentais e das entidades sociais, como os conselhos dos direitos de crianças e adolescentes; os conselhos setoriais de formulação e controle de políticas públicas; e os órgãos e os poderes de controle interno e externo (BRASÍLIA, 2013).

Já o eixo da defesa de direitos enfatiza a necessidade de zelar para que haja cumprimento dos direitos da criança e do adolescente por meio de intervenções onde e quando houver ameaça ou violação desses direitos (DESLANDES, 2015). Neste eixo encontra-se a atuação dos seguintes órgãos:

- I - judiciais, especialmente as varas da infância e da juventude e suas equipes multiprofissionais, as varas criminais especializadas, os tribunais do júri, as comissões judiciais de adoção, os tribunais de justiça, as corregedorias gerais de Justiça;
- II - público-ministeriais, especialmente as promotorias de justiça, os centros de apoio operacional, as procuradorias de justiça, as procuradorias gerais de justiça, as corregedorias gerais do Ministério Público;
- III - defensorias públicas, serviços de assessoramento jurídico e assistência judiciária;
- IV - advocacia geral da união e as procuradorias gerais dos estados
- V - polícia civil judiciária, inclusive a polícia técnica;
- VI - polícia militar;
- VII - conselhos tutelares; e
- VIII - ouvidorias (BRASÍLIA, 2013, art.7º).

O eixo de Promoção de Direitos Humanos é formado por órgãos governamentais e não governamentais, que atuam através da formulação e implementação de políticas públicas e operacionaliza-se através do desenvolvimento da política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente. Como exemplo, pode-se citar as instituições que compõem a área da educação, saúde, assistência social e os conselhos tutelares para criança e adolescentes. Neste eixo, leva-se em consideração conceitos como a transversalidade e a intersetorialidade, na busca de uma articulação das políticas públicas e integralidade do atendimento (FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2016; CONANDA, 2006; DESLANDES, 2015).

A política voltada para o atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes tem a sua operacionalização baseada em três tipos de programas, serviços e ações públicas: os serviços e programas das políticas públicas, especialmente das políticas sociais, afetos aos fins da política de atendimento aos direitos humanos de crianças e adolescentes; os serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos humanos; e os serviços e programas de execução de medidas socioeducativas e assemelhadas (BRASÍLIA, 2013).

O atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual está inserido neste eixo, visto que a política de saúde não consegue dar conta das várias complexidades referentes à violência sexual, conforme já foi mencionado. Por este motivo é necessário que haja uma articulação com o SGDCA para assegurar a proteção integral conforme preconiza a legislação e as normativas federais.

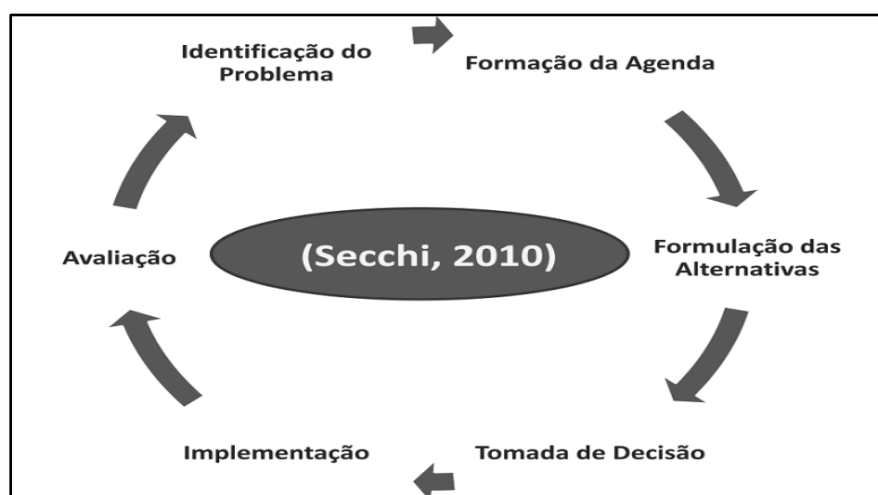
2.2.2.

Implementação de políticas públicas: questões relevantes para o estudo do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual

Este estudo foca na análise da implementação dos serviços de saúde destinados ao atendimento de crianças e adolescentes vitimados pelo abuso sexual. Os estudos sobre formulação e implementação de políticas públicas tem ganhado visibilidade no Brasil e têm sido objeto de pesquisa de diversas áreas.

O processo de política pública, também definido como ciclo de políticas públicas (Figura 2) é constituído por etapas que ocorrem de forma inter-relacionadas, nas quais, os gestores públicos se envolvem com a finalidade de formular propostas e alcançar os objetivos e metas. Estas etapas são organizadas de forma sequencial e interdependentes, e sofrem algumas variações conforme apresentação dos autores. Aqui, usaremos a seguinte definição do ciclo de políticas: 1) Identificação do problema; 2) Construção da agenda; 3) Formulação de alternativas; 4) Implementação da política; e 5) Avaliação. É importante ressaltar que o modelo do ciclo das políticas públicas nem sempre expressa a realidade na forma em que ela se concretiza (BRANCALEON ET AL., 2015; DALFIOR, 2015; BARREIRO, FURTADO, 2015).

Figura 2 - Ciclo das Políticas Públicas



Fonte: Barreiro e Furtado (2015 apud Secchi, 2010)

O primeiro momento do ciclo da política pública, conforme o modelo apresentado por Secchi (2014), consiste na identificação de um problema que seja público. O segundo momento do ciclo é o de formação/construção da agenda, neste é considerado o conjunto de temáticas ou problemas relevantes que precisam ser enfrentados em um determinado momento pelo governo. O terceiro momento é o de formulação de alternativas, neste estabelece-se o que será abordado dentro do problema encontrado e suas formas de enfrentamento, é a etapa em que são tomadas decisões, que consistem em escolhas sobre os meios em

que se processará a implementação de uma política pública (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015; SECCHI, 2010).

O quinto momento, é definido como a fase de implementação de uma política pública, na maioria das vezes é quando aparecem os problemas que podem ser de natureza técnica ou administrativa. A implementação se refere à preparação dos recursos e a organização administrativa para executar a política, e a execução propriamente dita, ou seja, por em prática as ações e monitorá-las (PAIVA, 2016). O sexto e último momento é o da avaliação, trata-se da etapa mais crítica, pois é nela que os atores envolvidos nas ações são medidos, e a capacidade de resolução de um problema é determinada. A avaliação é realizada a partir de parâmetros e medidas de desempenho (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015; SECCHI, 2010).

Apesar de muitas críticas a esse modelo analítico do ciclo de políticas, por partir do pressuposto de que uma política pública segue um “passo a passo”, este modelo ajuda a delimitar os estudos sobre as políticas (PAIVA, 2016). Estudar, portanto, a fase de implementação dos serviços de saúde implica na análise do que o governo municipal do Rio de Janeiro vem desenvolvendo para ofertar atendimento para crianças e adolescentes vitimados pelo abuso sexual, levando em consideração as normativas, recursos, capacidade técnica e administrativa, entre outros elementos do processo para efetivação das ações.

Conforme já foi abordado, a violência não é um problema restrito à política de saúde e exige um trabalho realizado em uma rede de serviços. Esta metodologia de trabalho permite que sejam trocadas informações, articulação institucional e a formulação de políticas públicas para que sejam implementados projetos com a finalidade de atender as vítimas de violência. A implementação destas políticas públicas deve ser feita de forma ampla e articulada em diferentes esferas (BRASÍLIA, 2010).

A implementação foi escolhida como objeto deste estudo porque é o momento de

[...] intensa negociação no qual se observa a sustentabilidade dos pactos estabelecidos na etapa de formulação, revelando-se a real possibilidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa e seus interesses (DALFIOR *ET AL.*, 2015, p.220).

Estudar esta fase da política pública é importante porque possibilita analisar os obstáculos e as falhas que aparecem neste momento, afetando as diferentes políticas públicas, além disso, dá condições para que erros sejam detectados e sejam corrigidos nas tomadas de decisões (SECCHI, 2010).

Compreender o que é um processo de implementação, requer que haja entendimento dos fatores e das condições específicas que influenciariam as ações e decisões tomadas. Para tanto, é preciso pensar em questões como o contexto da política em questão e dos fatores que incidem sobre ela e a determinam.

Para Lotta (2012, p.9) analisar o processo de implementação, é uma forma de compreender como [...] “as ações são colocadas em prática, especificamente no que diz respeito à atuação dos agentes implementadores e sua relação com os usuários das políticas públicas”. Já Draibe (2001) afirma que cada política e/ou programa possui uma estratégia para implementação, estas são constituídas de etapas, como

[...] decisões acerca de características ou dimensões de processos, tais como a dimensão temporal; os atores estratégicos a serem mobilizados, nos diferentes estágios, para apoiar a implementação do programa, os subprocessos e estágios pelos quais se desenvolverá a implementação, etc (DRAIBE, 2001, p.27).

Draibe (2001) e Dalfior *et al* (2015) enfatizam que a implementação é uma das etapas na vida de um programa, ela inclui as atividades de meio e também de fim. As atividades de meio vão viabilizar o desenvolvimento do programa, já as atividades fim tratam da sua execução.

Identifica-se assim que a implementação corresponde a: “[...] uma outra fase da ‘vida’ de um programa, na qual são desenvolvidas as atividades pelas quais se pretende que os objetivos, tidos como desejáveis, sejam alcançados” (ARRETCHE, 2001, p.2). Nota-se nesta discussão que há uma grande distância entre os objetivos e o desenho de um programa. Nem sempre os profissionais conseguem executar os programas da forma como os formuladores desenharam, tal fato vai repercutir diretamente na vida dos beneficiários e dos provedores dos programas, isso ocorre nas diferentes políticas públicas. Esta distância tem relação com o contexto econômico, político e institucional em que os programas estão inseridos (ARRETCHE, 2001; DALFIOR, 2015).

[...] a implementação é, de fato, uma cadeia de relações entre formuladores e implementadores, e entre implementadores situados em diferentes posições na máquina governamental. Isto implica que a maior proximidade entre as intenções do formulador e a ação dos implementadores dependerá do sucesso do primeiro em obter a adesão dos agentes implementadores aos objetivos e à metodologia de operação de um programa (ARRETCHE, 2001, p.12).

Os insucessos dos programas ocorrem porque há uma incapacidade de negociação durante o processo, assim, os problemas tornam-se evidentes na fase da implementação dos programas. É preciso que haja ajustes nas políticas, em nível local, a fim de alcançar as prerrogativas que foram desenhadas pelos formuladores (DALFIOR *et al* , 2015; SILVA; MELO, 2008).

Segundo Howlett *et al* (2013), depois que um problema público está inserido na agenda política e foram formuladas as alternativas para resolvê-lo, é preciso esforço, conhecimento e recursos para que as ações sejam materializadas, uma política funciona a partir de fundos, pessoas e regras para os procedimentos.

3.

Implementação dos serviços de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na perspectiva dos profissionais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Este capítulo apresenta os resultados referentes à pesquisa de campo sobre a implementação dos serviços de saúde voltados para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. O texto foi organizado a partir de três eixos de análise: organização dos serviços, disponibilidade de recursos e limites e experiências exitosas na perspectiva dos gestores e profissionais. Foi realizada uma análise identificando os principais núcleos de sentidos atribuídos pelos profissionais para cada categoria.

3.1.

Percurso metodológico

Este estudo foi realizado a partir da abordagem qualitativa, a qual busca responder questões particulares de uma realidade que não tem condições de ser quantificada. Para Minayo [...] “ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aparições, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2012, p.21).

O *lôcus* da pesquisa foram duas unidades de saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ): o Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau (CMCMC) e o Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA), este último possui a particularidade de integrar o Centro de Atendimento ao Adolescente e à Criança (CAAC), órgão de proteção à criança e ao adolescente da segurança pública.

O CMCMC é uma unidade de saúde pública que oferece serviços ambulatoriais de atenção básica e de média complexidade e também possui uma Clínica da Família. O HMSA é uma unidade de saúde que realiza atendimento ambulatorial e hospitalar, de atenção básica e de média e alta complexidade. As duas unidades estão localizadas na região central do Rio de Janeiro e compõem a área programática 1.0.

O segundo ainda é classificado como unidade auxiliar de ensino. Nesta unidade de saúde foi inaugurado em 2015 o CAAC, trata-se de um serviço que

possui uma ação integrada de profissionais da Segurança Pública e do SUS, conforme está previsto na Lei 12.845/2013.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foram respondidas algumas perguntas que norteiam a delimitação do objeto:

1. Como se organizam os serviços que atendem crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual nos diferentes níveis de atenção à saúde?
2. Quais os recursos disponíveis nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro vinculadas a SMS-RJ?
3. Quais os principais desafios, limites e experiências exitosas das equipes que atuam com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro vinculadas à SMS/RJ a partir da compreensão dos profissionais e gestores da área da saúde?

A análise sobre a implementação dos serviços foi balizada por dois documentos: a Norma Técnica de prevenção de Agravos para Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual (BRASÍLIA, 2012) e pela Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (BRASÍLIA, 2010). Desse modo, foram construídos os seguintes eixos de análise com as respectivas categorias oriundas desses documentos de referência: 1) **organização dos serviços** (documentos norteadores, notificação, registro de dados, acolhimento, fluxo da unidade, profilaxia e gravidez decorrente do abuso sexual); 2) **disponibilidade de recursos** (instalações disponíveis, Sistema de Garantias de Direitos da Criança e Adolescentes, recursos humanos, suporte, capacitação, produção de material e prevenção de abuso sexual); e 3) **limites e experiências exitosas na perspectiva dos gestores e profissionais** (desafios e experiências exitosas).

A fim de garantir as proteções éticas previstas nas resoluções de pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro respondendo as requisições da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Norma Operacional 001/2013 e da Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016. As entrevistas foram realizadas mediante a autorização dos profissionais através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este documento é importante, pois nele estão contidas as informações sobre a

pesquisa que está sendo realizada. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da SMS/ RJ no dia 14 de novembro de 2017 através do parecer 2.381.665.

As entrevistas foram iniciadas em 24 de novembro e encerradas em 14 de dezembro de 2017, contabilizando um total de cinco dias, sendo dois dias para realização no CMSMC e três dias no HMSA. As entrevistas foram baseadas em dois roteiros: um para os profissionais (médico, psicólogo, enfermeiro e assistente social) e outro para os gestores.

Foram realizadas 15 entrevistas com os seguintes profissionais: assistente social (2), psicólogo (2), enfermeiro (2), médico (2), gestores (5), técnico de enfermagem (1) e Agente Comunitário de Saúde (ACS [1]). Foram realizadas duas entrevistas complementares para obtenção de informações relevantes com os policiais civis que são coordenadores do CAAC. Estas entrevistas não entraram como amostra da pesquisa, pois são profissionais da segurança pública o que implicaria em questões referentes à autorização do comitê ética. Foram realizadas porque estes profissionais atuam dentro da emergência do HMSA, efetuando um importante trabalho, resultante de uma parceria entre diferentes políticas públicas: segurança pública, sistema de justiça e saúde. Trata-se também do primeiro e único serviço deste tipo no município do Rio de Janeiro, foi um projeto piloto na área programática 1.0 e atualmente recebe uma demanda relevante para o atendimento ao público estudado.

A fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, foram elaborados códigos para classificar as unidades de saúde e os entrevistados. Logo, a primeira letra destes códigos (A, B, C e D) define as unidades; a segunda letra define os profissionais (E, P, S, AC, TE e G) e a numeração (1,2,3,4 e 5) é sequencial. Desse modo os códigos têm as seguintes legendas: AE1 e AE2= enfermeiro; AP3 e DP3= psicólogo; AS1 e DS2= assistente social; AAC1= agente comunitário de saúde; ATE1= técnico de enfermagem; AG1, AG2, BG2, CG3, CG6, DG4, DG5= gestor.

As entrevistas foram gravadas em áudio mp3 e depois transcritas. Elas totalizaram 14 horas e 40 minutos, com um tempo médio de 9 minutos e 36 segundos, cada uma. A entrevista com maior duração foi realizada com um dos gestores e teve duração de 26 minutos e 50 segundos e a de menor tempo teve

duração de 06 minutos e 49 segundos realizada com um agente comunitário de saúde.

Para interpretação dos dados coletados na pesquisa foi usado o método de interpretação de sentidos, definido como uma

[...] perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa: (a) palavras; (b) ações; (c) conjunto de inter-relações; (d) grupos; (e) instituições; (f) conjunturas dentre outros corpos analíticos (GOMES, 2012, p.97).

O método de interpretação de sentidos possibilita que o estudo seja realizado de forma mais abrangente, a partir da coleta de dados qualitativos. Primeiramente, foi feita uma leitura compreensiva do material, buscando identificar as particularidades do mesmo e construir uma estrutura para análise.

A segunda etapa da análise dos dados foi a exploração do material, da qual se buscou identificar os núcleos de sentidos nas entrevistas dos profissionais. E por último foi elaborada uma síntese interpretativa articulando os objetivos, a base teórica e os dados empíricos da pesquisa (GOMES, 2012).

Durante a realização da pesquisa foram encontradas algumas dificuldades, principalmente em relação aos processos burocráticos para a aprovação da pesquisa no comitê de ética e para realização das entrevistas nas unidades de saúde. A bucracia ocorre devido à dinâmica das unidades. A emergência tem uma dinâmica de atendimento imprevisível, pois se trata de um atendimento para qualquer situação de risco de vida, por isso o dia-a-dia dos profissionais depende das demandas que chegam. Para superar os obstáculos procurou-se se dirigir às unidades em momentos que se identificava menor fluxo de pacientes.

Na unidade de atenção primária o atendimento aos usuários é marcado previamente, portanto é possível que os profissionais definam os dias que possuem menos volume de trabalho e, assim, estejam disponíveis para realizar as entrevistas.

3.1.1.

Caracterização dos profissionais entrevistados

Foram entrevistados 15 profissionais todos do sexo feminino vinculados à SMS/RJ sendo 5 gestoras e 10 profissionais. Entre estas profissionais 13 possuem nível superior, com graduação nas áreas de enfermagem (5), medicina (4), psicologia (2) e serviço social (2). Também foi identificada profissional de nível médio na área de Técnico de Enfermagem (1) e de nível fundamental ACS (1).

As profissionais estão lotadas nas unidades ocupando os cargos de Diretora (2), Gerente da unidade de saúde (1), Diretora de paciente externo (1), Assessoria Técnica (1), Médica (2), Assistente Social (2), Psicólogo (2), Enfermeiro (2), Agente Comunitária de Saúde (ACS) (1) e Técnica de Enfermagem (1).

Entre as 15 profissionais entrevistadas 13 possuem pós-graduação *lato sensu* de nível especialização e residência e 1 profissional possui pós graduação *stricto sensu* nível mestrado na área de Saúde da Família.

Os cursos de especialização identificados são de: Administração Hospitalar, Clínica Psicanalítica, Cuidados Intensivos, Enfermagem do Trabalho, Gastroenterologia, Gestão em Saúde da Família, Homeopatia, Residência em Pediatria, Psicologia Clínica e Terapia de Família, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência em Saúde da Família, Saúde da Família e Saúde do Trabalhador.

As profissionais entrevistadas estão vinculados à SMS/RJ, sendo que algumas já trabalharam em outros locais no Rio de Janeiro ou em outros estados, tanto na rede pública quanto na privada. O tempo de trabalho das profissionais tem uma variação entre 1 mês a 30 anos nas unidades da rede de saúde da SMS/RJ.

3.1.2.

Organização dos serviços

A eixo de análise organização de serviços possui 7 categorias: **documentos norteadores, notificação, registro de dados, acolhimento, fluxo interno, profilaxia e gravidez decorrente do abuso sexual.**

Sobre a categoria **documentos norteadores** do atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, identifica-se implicitamente que há três núcleos de sentido: *(a) documentos oficiais e da rede local; (b) instrumentos de trabalho; e (c) não existe um documento padrão.*

Os gestores afirmam que há uma *classificação em documentos oficiais e documentos da rede local* que são: a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências; a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes; as metodologias; os manuais; os fluxos; os protocolos; e os guias sobre violência.

Os documentos que norteiam primeiramente são os do Ministério da Saúde, principalmente os das metodologias de atendimento; a gente tem também os manuais, tem o manual do Ministério da Saúde que trabalha essas metodologias de atendimento à criança vítimas de violência (...) (BG3).

A implementação da política de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de violência na saúde é essencialmente baseada em documentos como a Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Esta produção do Ministério da Saúde tem como objetivo orientar tanto aos gestores quanto aos profissionais de saúde que atuam com crianças e adolescentes em situação de violência. O documento possui um conteúdo importante na medida em que traz questões como: prevenção, proteção, vulnerabilidade, riscos da violência, orientações para identificação da violência e apresenta a construção de uma linha de cuidados para vítimas de violência (BRASÍLIA, 2010).

Deslandes *et al* (2016) afirmam que a organização dos serviços que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual é responsabilidade do gestor local e a atuação deve ter como base a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que diferentemente da Linha de Cuidados, apresenta outras questões importantes para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, como a orientação da instalação física, recursos humanos e medicamentos para profilaxia das DST e de outros agravos.

Nota-se que os profissionais das unidades de saúde da SMS/RJ atuam conforme esperado nesses documentos do Ministério da Saúde. As orientações estabelecidas pelos documentos são muitas vezes adaptadas à realidade dos serviços e do município.

Os gestores também compreendem os documentos norteadores a partir dos **instrumentos de trabalho** que são o prontuário, o boletim de emergência e a ficha de notificação.

Além destes documentos, a SMS/RJ está elaborando um Guia rápido de violência que já está pronto e será publicado em 2018. Este documento juntamente com outros que estão disponíveis na rede vão auxiliar os profissionais na atuação com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

(...) A gente está na execução da elaboração de um guia, um guia rápido de violência, daqui a pouquinho já deve estar saindo, ele já está escrito, tá esperando somente a autorização. Mas a gente se norteia sim pelo Ministério da Saúde e pelas nossas construções, aquilo que a gente precisa para orientar as unidades de saúde e os profissionais (BG3).

Para os profissionais os documentos norteadores são apenas os **instrumentos de trabalho** definidos como: o prontuário, a notificação, a história contada pelo paciente, o boletim de ocorrência e a entrevista social: “(...) *nosso documento aqui é o prontuário, a identificação da criança, se já tiver (...) veio de uma delegacia o boletim de ocorrência*” (DP3).

A partir dos sentidos atribuídos pelos profissionais, nota-se que os gestores e os profissionais compreendem os documentos norteadores de forma diferentes. Desse modo, os gestores identificaram estes documentos como aqueles produzidos pelo Ministério da Saúde e os instrumentos de trabalho. Enquanto os profissionais identificam apenas os instrumentos de trabalho como documentos norteadores. Evidenciando, assim, que os profissionais utilizam apenas os documentos que são produzidos a partir dos atendimentos realizados.

Vale ressaltar que os assistentes sociais têm um documento próprio para preenchimento: a entrevista social ou ficha social. Esta é utilizada para coletar a história dos usuários e encaminhá-los para o Conselho Tutelar. É importante dizer que, segundo Mattos (2013), o registro de informações do assistente social na saúde é uma das formas de materialização da intervenção deste profissional,

ressaltando também as suas particularidades devido ao seu trato com as expressões da questão social.

(...) Na entrevista social a gente busca levantar o máximo de informação dessa estrutura familiar pra poder estar fornecendo informações pro Conselho Tutelar que a gente vai fazer um encaminhamento (DS2).

Os profissionais afirmam também que ***não existe um documento específico*** para nortear o atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Cada profissional utiliza os documentos conforme as necessidades do atendimento que está sendo realizado. Para tanto, os profissionais da rede de atenção primária tem disponível um drive com os diversos tipos de documentos sobre violência sexual.

(...) Então, não tem muito um padrão específico pelo menos a gente acaba quando tem, a gente tem várias, assim um drive que a nossa gerente compartilhou com todo mundo e tem vários manuais e protocolos e normas técnicas (AM4).

Sobre a categoria **notificação** foram identificados os seguintes núcleos de sentido: ***(a) os profissionais compreendem a importância da ficha que faz parte da rotina; (b) não é um instrumento burocrático; (c) subnotificação; e (d) atribuição de outro profissional.***

A notificação cumpre as requisições do ECA nos artigos 13 e 245 e também da Portaria MS/GM nº 1.968 de 25/10/2001. Para os entrevistados, as fichas de notificação devem ser preenchidas pelo profissional que realiza o atendimento. Após o encerramento do caso a ficha é encaminhada para a Coordenadoria de Área Programática (CAP).

Os entrevistados afirmam que ***os profissionais compreendem a importância da ficha que faz parte da rotina.*** Um dos resultados disso é o aumento no número de notificações: *“Toda criança que entra na pediatria essa ficha é feita; eles sabem da importância dessa ficha, todos eles sabem da importância e é rotina” (DG5).*

Para as gestores, atualmente há uma maior autonomia entre os profissionais e melhor compreensão acerca da importância desse documento. Segundo uma das profissionais, há uma orientação do Ministério da Saúde para

que os gestores das unidades informem às equipes que a notificação é realizada pela unidade e não pelo profissional, resguardando a equipe de saúde. Tal fato seria um dos possíveis motivos do aumento das notificações.

Então, ao longo dos anos a gente hoje vê que as notificações aumentaram. Ai a gente pensa, aumentou porque aumentaram os casos ou porque aumentou, porque as pessoas estão realizando de fato as notificações? A gente acredita que as duas coisas estão acontecendo, mas que de fato as notificações aumentaram. O empoderamento das equipes, o conhecimento através dos protocolos, tudo isso é um indicador, tudo isso nos mostra que os profissionais também estão enxergando com outro olhar. Uma coisa que a gente trabalhou muito com as equipes e pedimos pra elas trabalharem assim: a notificação não é do profissional, a notificação é da unidade, isso já dá uma segurança maior aos agentes comunitários de saúde e as equipes, não vem assinado o SINAN que é ministerial, o Ministério tirou isso. Então isso é importante (...) (BG3).

Os profissionais entendem também que a ficha **não é um instrumento burocrático**, portanto, é preciso ter sensibilidade no momento de atendimento às vítimas. Sobre este assunto é importante dizer que a notificação é um instrumento de proteção e não de punição e denúncia (BRASÍLIA, 2010).

(...) Uma coisa também que a gente frisa é que a notificação não pode ser assustadora, se naquele momento não deu pra notificar e existe (...) qual é a nossa prioridade? A nossa prioridade é a criança e adolescente e sua família se naquele momento não deu a gente né (...) a gente tem que ter bom senso. (...) usar a sensibilidade do momento, usar é (...) porque você assustar também a pessoa, então assim, tem inúmeras capacitações nas unidades, nas áreas pra trazer esta questão da notificação como importante, mas também que ela tem que ser no momento certo (BG3).

Vieira *et al* (2015) apontam que a notificação é um documento que contribui para questões como restauração dos direitos e interrupção do abuso. Além disso, é uma fonte de informações para avaliar a situação local, identificando a necessidade de investimentos públicos.

Embora parte dos profissionais afirme que houve um aumento nas notificações, também foi identificado que existe o problema da **subnotificação** por Garbin *et al* (2015). Ao analisarem os desafios da notificação para os profissionais de saúde, os autores concluem que um dos problemas da subnotificação é que as políticas públicas de enfrentamento à violência

têm bases nos dados epidemiológicos. Para os autores, a subnotificação seria também uma expressão da violência.

(...) Acredito que possa ter casos sendo acompanhados sem estar sendo notificado ainda, mas eu acredito que já está mais comum pensar a questão da violência já pensar que há uma ficha a ser preenchida (AG2).

Nota-se também que ainda que os entrevistados afirmem que o profissional que realiza o atendimento deva preencher a ficha de notificação e eles saibam da importância do preenchimento deste documento, alguns afirmam que o preenchimento é uma **atribuição de outro profissional**, principalmente os médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Muito difícil, isso é uma coisa que historicamente acabou no colo do x, a gente tenta devolver isso pra equipe mostrar a importância que qualquer profissional de saúde pode preencher mas na prática é complicado, o que acontece é que a gente faz aqui é o seguinte: o x funciona de 7 às 17 horas, se entra uma criança ou adolescente fora do nosso horário de trabalho e a gente não tem acesso a esse atendimento, se ela não retorna pra revisão, a gente não tem acesso a essa criança, a gente não preenche aí o pediatra que tem que preencher ou a coordenação da emergência (DS2).

Sobre a categoria **registro de dados**, foram identificados os seguintes núcleos de sentido: **(a) o registro deve ser feito no prontuário; (b) informatização do SUS; e (c) cada profissional faz o registro do seu atendimento.**

Segundo os profissionais de saúde, o **registro deve ser feito no prontuário**. Quando a criança ou adolescente chega a uma unidade de saúde e constata-se que houve abuso sexual, é necessário que ela tenha um prontuário, pois o registro nele garante maior segurança do que na chamada “folha solta”.

É feito um registro (...) abre-se um prontuário, até por conta do PEP (Profilaxia pós-exposição) tem que ter um prontuário aberto. Porque aqui tem duas situações SPA e o prontuário, quando você vem aqui no primeiro momento é o SPA, que é uma ficha de atendimento. Depois faz o prontuário. Agora, esse caso o prontuário é feito nesse mesmo dia, entendeu? e é um caso de emergência e a gente tem que ter aquele registro pra garantia e o prontuário é o melhor caminho. Porque a SPA é folha solta, pode perder agora o prontuário não, ele fica guardado. Então é uma situação que tem que abrir o prontuário, independe de qualquer coisa, tem que ter o prontuário (AE1).

Para Prado e Fujimori (2006), o registro feito de forma sistematizada e possibilita que haja uma maior compreensão do processo saúde-doença. A organização dos dados do paciente é importante porque os profissionais de diferentes categorias têm a garantia de um acompanhamento ampliado e diferenciado de forma contínua. Para os autores, o registro em prontuários é uma forma de cumprir o princípio da integralidade, sendo também uma boa prática dos profissionais de saúde.

O preenchimento correto do prontuário é uma das medidas importantes para o acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Logo, o registro deve ser realizado com carimbo e assinatura do profissional, além disso, é preciso conter o registro com as informações completas do caso acompanhado (BRASÍLIA, 2010).

O prontuário é um documento norteador para o atendimento, conforme já foi abordado, pois nele estarão contidos os dados obtidos na entrevista, o exame físico e ginecológico, os exames complementares e os relatórios dos procedimentos realizados, segundo a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASÍLIA, 2012). Todas estas informações devem ser registradas de forma cuidadosa.

Os profissionais ressaltaram a importância da **informatização do SUS**, pois atualmente as unidades de saúde contam também com o e-SUS, que se trata de uma estratégia do SUS eletrônico, com objetivo de facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde (BRASÍLIA, 20018). ***Cada profissional faz o registro do seu atendimento.***

É a gente tem um sistema que a gente lança o atendimento, o atendimento, o médico vai lançar o atendimento dele, a enfermeira vai lançar o atendimento que ela fez, e eu vou lançar o meu se eu tiver feito algum procedimento com o paciente. Como no caso o teste rápido ou o curativo se precisar pra alguma lesão, alguma coisa nesse sentido. Pelo sistema informatizado. Agora essa semana mesmo o nosso sistema mudou agora a gente está com e-SUS que é o sistema único que unificou todo sistema SUS (AT1).

A informatização do SUS busca dar maior agilidade no atendimento e melhor eficiência na gestão dos gastos públicos em saúde. No ano de 2017, um

total de 11.112 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 2.060 municípios passou a contar com o sistema informatizado e-SUS (BRASÍLIA, 2016).

O e-SUS está organizado em e-SUS Atenção Básica, que dá apoio aos profissionais que atuam nas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD); e e-SUS Hospitalar que tem dois direcionamentos: o Hospital Information System (HIS) e o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), este atende os hospitais da esfera Federal, Estadual e Municipal e outras demandas do Ministério da Saúde. E também o e-SUS SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que irá integrar o SAMU e os atendimentos das urgências, incorporando nos boletins de produção da central de regulação (BRASÍLIA, 2018).

Sobre a categoria **acolhimento** foram identificados os seguintes núcleos de sentido: *(a) não existe uma abordagem específica; (b) é um momento difícil; e (c) necessidade de respeito, sigilo e confiança.*

O acolhimento é um elemento importante da qualidade e humanização da atenção na saúde. Os profissionais entrevistados afirmam que *não existe uma abordagem específica* para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual nas unidades de saúde, a porta de entrada na unidade é igual para todos os usuários. Após identificar que se trata de um abuso sexual os profissionais tomam as medidas necessárias. Nas unidades de atenção básica o acolhimento é feito pela enfermagem, médico ou pelo ACS.

Pelo que eu sei a gente não tem uma abordagem específica, porque o nosso acolhimento é feito lá naquele primeiro andar. Então a pessoa chega e mais ou menos ela pode expor pro agente de saúde que fica recebendo as informações ou não o que aconteceu, aqui o acolhimento quem faz é sempre o médico ou o enfermeiro da equipe. Aí ele faz uma abordagem rápida lá embaixo, faz uma escuta breve pra poder trazer pra consulta. É basicamente a pessoa chegar e abordar (...) (AM4).

Na emergência os profissionais afirmam que a criança ou adolescente chega e primeiramente é encaminhado para a sala que é denominada como acolhimento, ela está localizada perto da recepção, o atendimento é feito por um enfermeiro que atua baseado no protocolo de classificação de risco do Ministério da Saúde. Após identificar que se trata de um caso de violência, a criança ou o

adolescente é direcionada para a pediatria e o médico orienta os procedimentos necessários.

Na verdade toda criança que chega na nossa porta de entrada ela passa primeiro pelo acolhimento, no acolhimento ela é direcionada para a pediatria. A pediatria faz o atendimento pediátrico e identifica se o abuso sexual é alguma coisa recente ou se é algo crônico e dependendo desse tempo de abuso a pediatria tem um protocolo (...) (DG6).

Segundo as orientações do documento Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASÍLIA, 2010), o acolhimento é um momento de extrema importância sendo o primeiro passo para o cuidado das vítimas de qualquer tipo de violência. Ao chegar aos serviços, os usuários estão vivendo um momento de ansiedade e medo, principalmente quando se trata de casos de violência crônica.

Para os profissionais o acolhimento também **é um momento difícil**, especialmente para as crianças. Trata-se de um passo importante durante o atendimento, pois ele facilitará a abordagem, visto que muitas vezes as vítimas têm medo de falar sobre o que ocorreu.

(...) é muito difícil a abordagem, porque a criança fica um pouco constrangida, mas a gente não faz o exame porque a gente não é perito. A gente só calcula mais ou menos pela história que conta o responsável a gente vai saber se vai precisar de primeiros socorros, de atendimento medicamentoso. A maioria das vezes aqui é estupro crônico, é abuso crônico, então, às vezes não precisa de medicação. Mas aqui a nossa parte a gente faz a medicação da criança de acordo com a história colhida (DM4).

Durante o acolhimento, segundo os profissionais, há **necessidade de respeito, sigilo e confiança**. Estas questões estão definidas na Norma Técnica de Prevenção dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASÍLIA, 2012), ressalta-se que muitas vezes no atendimento realizado nas unidades de saúde é o momento em que a vítima tem a oportunidade de revelar a situação de abuso que está vivendo e o profissional deve valorizar este momento. É importante também destacar que o sigilo é uma questão importante e está ligada a ética profissional

Dentro de um CMS, dentro da atenção básica têm várias formas de ser identificado o caso. Primeiro pode ser numa consulta, onde a criança, adolescente ou a própria mulher vem à consulta e o profissional identifica isso e constata o abuso e aí os meios iniciais é tentar ter mais informações para fazer uma melhor avaliação e a partir daí fazer a notificação e o atendimento de forma respeitosa, de forma que o usuário se sinta acolhido e não seja um inquérito (AG1).

Foram identificados quatro núcleos de sentido sobre o **fluxo de atendimento**: *(a) todos os profissionais devem conhecer o fluxo; (b) o fluxo é estabelecido a partir da escuta; (c) é um encaminhamento; e (d) o fluxo não é estático.*

Conforme estabelecido na norma técnica, as unidades de saúde e hospitais de referência precisam ter os fluxos internos de atendimento, sendo necessário definir os profissionais responsáveis pelas etapas da atenção (BRASÍLIA, 2012).

Embora os profissionais relatem que não existe uma abordagem específica para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual os profissionais afirmam que existe um fluxo definido nas unidades. Os gestores afirmam que ***todos os profissionais devem conhecer o fluxo*** de atendimento, compreendendo para onde direcionar a vítima de abuso sexual juntamente com sua família.

(...) uma grande orientação que a gente dá é: qualquer pessoa que receba e que esteja na unidade tem que saber e conhecer o fluxo. Ah! É o porteiro? Ele não tem que saber do atendimento, mas ele tem que saber aonde ele vai dirigir essa criança, essa família. Uma outra coisa, que a gente foca bastante, é que se a pessoa não quer ser atendida na unidade por medo, por insegurança, a gente precisa garantir o espaço (BG3).

Os profissionais afirmam que o ***fluxo é estabelecido a partir da escuta***. A escuta é considerada um momento importante no atendimento de vítimas de violência sexual, visto que através dele o profissional pode estabelecer uma relação de confiança com a vítima, possibilitando apoio emocional e que seja estabelecido o contato com a equipe (BRASÍLIA, 2012). Segundo a profissional: *“(...) existe o fluxo do atendimento que aí vai ser a partir da escuta vai ser direcionado para o atendimento da enfermeira e para o médico ou de ambos (...)”* (AG2).

Majoritariamente os profissionais afirmam que o fluxo *é um encaminhamento* entre eles. Alguns profissionais desconhecem o fluxo prescrito, mas afirmam a existência de um fluxo real que inclui atendimento pela enfermagem, médico, serviço social, psicólogo, além disso, é necessário comunicar a direção da unidade de saúde.

(...) Uma vez detectada que é um abuso a gente encaminha para a chefia imediata e vai dar o desfecho do problema e também envolve a participação do serviço social. O serviço social tá muito próximo a esse tipo de atendimento e quando necessário psicólogo também (AE1).

Outra questão importante apontada pelos profissionais é que na emergência, os profissionais, após realizarem os procedimentos médicos na vítima de abuso sexual e serem atendidas pelo serviço social, encaminham-na para o CAAC: “(...) as crianças são imediatamente encaminhadas pra esse serviço e ele redireciona, por exemplo, se precisa de ... o CAAC trabalha em conjunto com o Serviço Social aqui no hospital” (DP3).

O CAAC é definido como uma projeção da Delegacia de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vítima (DCAV), que é um órgão da segurança pública. Este centro recebe denúncias sobre crimes de violência sexual contra crianças e adolescentes de ambos os sexos, suas ações estão voltadas para investigação. O CAAC trabalha com a metodologia de depoimento especial estabelecida na lei 13.431/2017 (CHILDHOOD BRASIL, 2017).

Os profissionais afirmam também que o *fluxo não é estático*, ele é modificado conforme as necessidades que aparecem no processo de trabalho ou criam-se outros.

Tem o fluxo. Não é fixo, ele não é estático, a todo momento a gente está modificando o fluxo, então, cria-se um, daqui a pouco há necessidade de criar outro. A expansão da Atenção Básica, né? E ao longo desses anos fez com que a gente fosse criando fluxos, outros setores, as ações intersetoriais, que vão ampliando a rede, também faz com que a gente também reformule o nosso fluxo (BG3).

Sobre os **protocolos de profilaxia** foram encontrados os seguintes núcleos de sentido: (a) *são utilizados os protocolos do Ministério da Saúde e (b) é feita independente de área programática.*

Os profissionais entrevistados informaram que *são utilizados os protocolos do Ministério da Saúde* e citam como principal a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)¹³: *“Olha a gente usa o PEP, que é medicamento (...), pra pré-exposição de risco. (AE2)”*

O Ministério da Saúde recomenda que os profissionais sigam as orientações da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASÍLIA, 2012). As profilaxias são as mesmas para adultos e crianças. Para HIV, usa-se a profilaxia Antirretroviral (ARV), que deve ser iniciada nas primeiras 24 horas e no máximo até 72 horas após a violência, este tratamento deve ser realizado durante o período de 4 semanas sem interrupção.




(...) Toda criança ou adolescente que sofre abuso sexual ele tem um acompanhamento pelo médico também, porque são crianças e adolescentes que podem até ter pego uma doença, uma infecção sexualmente transmitida. Então no primeiro momento se faz um teste rápido de HIV, SÍFILIS, Hepatite B e Hepatite C (AE1).

Os profissionais afirmam que a SMS-RJ também possui um protocolo de profilaxia (Figura III) e no ano de 2011 foi criado um específico dos enfermeiros, os protocolos de profilaxia são elaborados por uma gerência específica dentro da secretaria.

Então, a gente usa os protocolos do Ministério da Saúde e a gente também cria os nossos protocolos. Por exemplo, agora, a gente tem desde 2011 o protocolo de atenção básica do enfermeiro. Então, a DST AIDS constrói esse protocolo, na verdade, o protocolo é feito por uma outra gerência, né? E essa gerência, óbvio, é compartilhada, mas é uma atribuição deles, que são das doenças transmissíveis (BG3)

¹³ Segundo o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a PEP é uma medida de prevenção à infecção pelo HIV que é utilizada não só para pessoas que sofreram violência sexual, mas também para aqueles que tiveram relação sexual desprotegida, ou seja sem o uso de camisinha ou com rompimento da mesma e também em casos de acidente ocupacional com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico.

Figura 3 - Fluxo de Atendimento à Violência Sexual

**ATENDIMENTO À CRIANÇA / ADOLESCENTE
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

PROFILAXIA PARA HIV

EM CASO DE: penetração vaginal, penetração anal e penetração oral
EXPOSIÇÃO OCORRIDA < 72 horas

DROGAS UTILIZADAS POR 4 SEMANAS

CRIANÇA

AZT (Zidovudina)	180mg/m ² /dose de 12/12hs / Dose máxima: 300mg de 12/12hs (solução oral 10mg/ml – cápsula 100mg)
3TC (Lamivudina)	4mg/kg/dose de 12/12hs / Dose máxima: 150mg de 12/12hs (solução oral 10mg/ml – comprimidos 150mg)
LPV/r (Lopinavir)	< 2 anos: 300mg/m ² de 12/12hs / Dose máxima: 200mg de 12/12hs > 2 anos: 230mg/m ² de 12/12hs / Dose máxima: 200mg de 12/12hs (solução oral: 80mg/20mg/ml – comprimidos 200mg/50mg)

$$m^2 = \frac{\text{peso (kg)} \times 4 + 7}{\text{peso (kg)} + 90} \quad \text{Peso em kg} = 2 \times \text{idade} + 8$$

ADOLESCENTE COM PESO ≥ 50kg

AZT (Zidovudina) + 3TC (Lamivudina)
01 comprimido de 12/12hs (comprimidos 300mg/150mg)
LPV/r (Lopinavir)
02 comprimidos de 12/12hs (comprimidos 200mg/50mg)

PROFILAXIA DA HEPATITE B

NÃO IMUNIZADOS OU COM ESQUEMA VACINAL INCOMPLETO
 Crianças e adolescentes com menos de 3 doses de vacina anti-hepatite B – HB:
VACINA HB (completar esquema posteriormente) + **Imunoglobulina humana anti-hepatite B ATÉ 14 DIAS APÓS A VIOLÊNCIA SEXUAL** (encaminhar para o Hospital Municipal Rocha Moia – CRIE / Rua General Severiano, 91 Botafogo)

PROFILAXIA DE OUTRAS DST

SÍFILIS	Penicilina benzatina IM dose única até 10kg 300.000UI; >10kg e < 25kg 600.000UI; >25KG 1.200.000UI
GONORRÉIA	Ceftriaxone < 45kg 125mg; > 45 kg 250mg IM dose única
CLAMÍDIA	Azitromicina 20mg/kg VO dose única. Dose máxima 1g

obs: adolescentes ≥ 45 kg vide esquema utilizado pela mulher.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Indicada se já tiver ocorrido menarca, ou próximo a ela até 5 dias após a exposição.
Levonorgestrel 0,75mg – 1 comprimido VO de 12/12 horas por 1 dia

A atenção aos casos de violência sexual envolve o acolhimento, atendimento, notificação (preencher ficha de notificação do SINAN e encaminhar a original para o grupo articulador da CAP de referência e uma cópia para o Conselho Tutelar) e acompanhamento.

Fonte: Durovini (s/d)

É importante enfatizar que a Norma Técnica não recomenda a profilaxia das DSTs não virais, do HIV e da imunoprofilaxia da hepatite B em casos de abuso que não houve penetração vaginal, anal e oral, pois a criança não teve contato que coloque ela risco. Vale ressaltar, que os casos de violência sexual contra crianças têm algumas peculiaridades, pois muitas vezes ocorrem de forma crônica (BRASÍLIA, 2012).

A profilaxia, segundo os profissionais *é feita independente de área programática*: “(...) se a pessoa for da área, o caso é conosco, a gente acompanha. Agora, se ele teve uma pré-exposição e for de outra área a gente encaminha e faz uma referência” (AE1). Os usuários devem ter a

medicação garantida, se não estiver disponível na unidade devem ser solicitadas pela CAP da área, conforme a entrevistada:

Uma outra coisa também, que a gente orienta também, que a gente faz com que tenham uma garantia a entrega do medicamento. E esse medicamento a pessoa não pode ir embora pra casa e ir embora sem medicamento. Se por exemplo, se é criança, o xarope, então, não fica na unidade por causa do prazo de validade. Então, a CAP, que é nossa área programática da AP, pega o medicamento e leva pra pessoa na unidade. Então, a gente não pode deixar essa (...) esse interstício, porque isso é ruim e até pra adesão ao tratamento que precisa ser imediato (BG3).

Sobre a **gravidez decorrente do abuso sexual** identificam-se quatro núcleos de sentido: **(a) encaminhamento para a maternidade; (b) uso da anticoncepção de emergência; (c) não haverá dificuldade de abordar o tema com a equipe; e (d) a maior dificuldade são os profissionais.**

O aborto está previsto na lei brasileira, no artigo 128 do Código Penal, quando a gravidez é resultante de estupro. Para a realização do procedimento, devem-se seguir as orientações da Portaria nº 1.508 de 2005 sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez. Em casos de menores de 18 anos é necessário autorização do responsável e do tutor e para adolescentes menores de 14 anos o Conselho Tutelar deve acompanhar o processo (BRASÍLIA, 2012).

Nos casos de gravidez decorrente de abuso sexual, os profissionais afirmam que é realizado um **encaminhamento para a maternidade** de referência da área programática, pois a partir do projeto de lei nº 1.891/2016 todas as maternidades devem realizar este procedimento.

(...) aqui no hospital nós não temos obstetra nem ginecologista. Normalmente, aqui vai ligar pra maternidade. A criança é atendida, no momento que ela é atendida a gente não sabe se ela está grávida. A gente vai atender o abuso agudo ali, se ela está gestante, não vem mais pra gente, a gente não recebe a criança que está gestante, isso aonde foi detectado é junto com a maternidade, a unidade que ela foi detectada, agora não chegou uma criança pra gente ah (...) a gente

82

nunca recebeu aqui uma criança que tivesse grávida né, mas a orientação seria essa, encaminhar pra maternidade porque quem faz esse procedimento é a maternidade, aí vai pra maternidade pra ela poder avaliar (DG5).

Um dos procedimentos, porém no nível preventivo mencionado por uma das entrevistadas é o *uso da anticoncepção de emergência*, que deve ser prescrito para todas as mulheres, adolescentes e jovens que foram expostas à gravidez e o procedimento é realizado independente do ciclo menstrual. Utilizam-se duas formas: Levonorgestrel ou Método de Yuzpe, deve ser administrado até 72 horas após a exposição da mulher (BRASÍLIA, 2010)

Olha, só recebe o mesmo tratamento, quando é mulher e não tem tanto tempo assim, toma a pílula do dia seguinte. Isso é dado quando a pessoa, né, sofre esse abuso. Ou até meninas que têm a relação sem camisinha e está com medo de engravidar, existe a pílula do dia seguinte. Como eu falei, a gente vai acolher essa pessoa, vai fazer todos os procedimentos técnicos, os testes rápidos. Eu encaminho para a psicóloga e serviço social (AE1).

Embora alguns profissionais não tenham experiência com este tipo de atendimento, afirmam que não teriam problemas caso tivessem que realizá-lo. Eles compreendem o aborto legal como um direito das vítimas de violência sexual e os assistentes sociais, nestes casos, dão apoio para que os profissionais das equipes possam orientar os usuários durante o encaminhamento para realização do procedimento.

A gente ainda não teve um caso específico na unidade, eu acho que a gente não vai ter dificuldade de fazer o trâmite, de abordar a questão do direito do aborto e encaminhar para autoridades. Também a gente tem uma assistente social aqui na unidade, ela apoia muito as equipes, quando é necessário. A equipe tem a mim e a direção pra pedir o apoio (...), mas a orientação é a abordagem pra usuária com os direitos que ela tem e a partir disso, a gente vai é desenrolar o que for necessário (...) (AG2).

Para Medeiro e Diniz (2015) existem dois principais obstáculos para realização do aborto legal: a pequena disponibilidade de profissionais que aceitam fazer o procedimento, principalmente os médicos; e a necessidade de mais capacitação da equipe sobre direitos em saúde sexual e reprodutiva. Durante as entrevistas os profissionais relatam que *a maior dificuldade são os profissionais*.

(...) Na minha época não tinha ninguém, aí quando passou, acho uns seis meses, com um novo questionário, a gente conseguiu ter um pediatra, um obstetra, um anestesista e não sei... da enfermagem, acho que nós tivemos. Mas mesmo com a indicação desses profissionais lá na X acho que nunca teve aborto legal, por conta de algumas pessoas que não concordam até nas reuniões que eu ia eles falavam: ah se eles não concordam em fazer a direção tem que fazer, coitado! (...) (DG6).

3.1.3. Disponibilidade de recursos

O eixo definido como Disponibilidade de Recursos possui cinco categorias: **instalações disponíveis na rede de saúde; Sistema de Garantia de Direitos; recursos humanos; suporte, capacitação e produção de material; e prevenção do abuso sexual.**

Sobre as **instalações disponíveis na rede de saúde** foram identificados os seguintes núcleos de sentidos: *(a) todas as unidades devem atender vítimas de abuso sexual; (b) a rede tem fragilidades; (c) a importância da expansão da atenção primária; e (d) importância do CAAC.*

Segundo os profissionais, atualmente, ***todas as unidades devem atender vítimas de abuso sexual***, para tanto a atenção básica e os hospitais de emergência possuem o kit¹⁴ para atendimento de vítimas de violência sexual, caso não esteja disponível na unidade, deve-se seguir o fluxo, que orienta solicitar na rede.

Por exemplo todas as nossas unidades básicas de saúde, aí eu posso falar das unidades básicas, todas elas têm atendimento à vítimas de violência, todas elas tem Kit e se não está na unidade, tem um fluxo pra alguém ir buscar e levar pra criança e pro adolescente, se for mulher (...) (BG3).

Através da lei nº 12. 845 de 1º de agosto de 2013, o atendimento imediato e obrigatório para vítimas de violência sexual passou a ser realizado em todos os hospitais da rede SUS, que devem oferecer atendimento emergencial, tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes da violência. Embora esta lei seja um marco legal na expansão do atendimento para vítimas de violência sexual, percebe-se que os profissionais não a reconhecem e atribuem a ampliação deste atendimento ao aumento da demanda na atenção primária.

Segundo Meirelles e Silva (2007), o trabalho em rede pressupõe que os profissionais coloquem em prática atitudes como: articulação entre instituições e a criação de um fluxo de comunicação que seja contínuo para manter as informações de referência e contrarreferência. As redes podem ser denominadas

¹⁴ As unidades de saúde possuem um kit violência que contém todas as medicações necessárias para casos de violência sexual.

como oficiais quando permeadas por questões de caráter político que interferem em seu funcionamento ou podem ser denominadas como redes não oficiais, que são construídas por relações interpessoais, estas possuem mais facilidades para os profissionais e usuários, porém são frágeis.

Sobre essa questão os profissionais afirmam que **a rede tem fragilidades**. Eles apontam que são evidentes as dificuldades no setor de saúde mental e nas articulações entre os serviços, os vínculos muitas vezes são estabelecidos através de relações pessoais.

A gente tem uma rede frágil, principalmente no aspecto de saúde mental (...) a gente tem, o que eu posso te dizer, é uma rede de saúde interna, nem é uma rede de saúde. Mas uma rede interna os profissionais da estratégia que tem dentro. A gente consegue articular algumas coisas, mas da rede estar toda interligada mesmo efetiva, a gente tem um pouco de dificuldade. A gente tem uma parceria que é bacana com o CRAS, com o nosso Conselho Tutelar da área, uma das conselheiras específica. Mas são sempre redes que são pessoais, é porque a fulana está naquela instituição, então, a rede acontece (...) (AG2).

Os profissionais entrevistados ressaltam também **a importância da expansão da atenção primária**. Compreende-se que a ampliação da atenção primária está em consonância com a diretriz de descentralização e reorganização do modelo de saúde. No município do Rio de Janeiro no ano de 2009 um pouco mais de 50% da população era coberta por planos de saúde privados e com um baixo investimento em atenção primária de saúde. No final de 2012, houve uma ampliação na cobertura da população carioca com o Estratégia Saúde da Família (ESF), 39% da população passou a ser atendida (JESUS *et al*, 2015).

As unidades de atenção primária têm importância devido à capacidade de acompanhamento e evolução dos casos nas unidades de saúde, no domicílio ou através de encaminhamento dos usuários para a atenção especializada. Sobre o acompanhamento em casos de violência a atenção primária é importante, pois ela possibilita que os profissionais identifiquem os casos de violência devido a sua proximidade com as famílias, fato que dá maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências (BRASÍLIA, 2010).

Eu tenho plena convicção que com a ampliação da rede de atenção primária no município Rio de Janeiro nós já estamos com 70% chegando a 80% da expansão desse atendimento, tanto da pediatria como da atenção primária em geral. Eu tenho plena convicção que essas crianças são bem direcionadas nesse momento como eu falei: onde ser atendido? Chega na atenção primária e eles tem todo conhecimento de onde ser atendido, do que foi feito (DG6).

Os profissionais ressaltaram ainda a **importância do CAAC**, que é considerado uma grande conquista para o atendimento na rede de saúde. Embora seja um serviço da segurança pública, ele cumpre um papel importante, que é o da intersetorialidade.

O CAAC tem como objetivo apurar os fatos, evitar revitimização das vítimas e também evitar o deslocamento das vítimas e seus familiares para locais distantes como delegacias, conselhos tutelares, hospitais e Instituto Médico Legal (IML). Além disso, houve um aumento dos registros (CHILDHOOD BRASIL, 2017).

(...) a gente tinha muita dificuldade, como em qualquer outra unidade de saúde, dos responsáveis realizarem a ocorrência policial e agora com a polícia civil aqui esse registro aumentou bastante porque a pessoa vem para o atendimento e já faz a ocorrência policial e já faz a escuta da criança e ela não precisa ficar repetindo isso em outros lugares (DP2).

Sobre o **Sistema de Garantia de Direitos**, foram identificados três núcleos de sentido: *(a) o conselho tutelar é a principal instituição acionada; (b) o conselho tutelar determina as ações que serão realizadas; e (c) a família como rede de apoio.*

Além do atendimento na rede intrassetorial de saúde é necessário que a criança ou o adolescente seja acompanhado em outros serviços que estão localizados no território, para tanto é necessário que sejam estabelecidas relações com outras políticas sociais (BRASÍLIA, 2010).

Segundo os profissionais de saúde, o **conselho tutelar é a principal instituição acionada**, ele tem atuado de forma efetiva nos casos de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

Bem, acho que a gente, pensando que existe o Conselho, nesses casos eles costumam atuar de forma efetiva. Acho que é a partir daí se tenta garantir que essa criança tenha algum tratamento, que tenha seus direitos garantidos minimamente. É porque acaba sendo, (...) o conselho tutelar acaba sendo o elo, a ponte pra outro serviço especializado (...) (AP3).

Segundo Deslandes e Campos (2015), o conselho tutelar possui um papel estratégico dentro do SGDCA. Ele é um mediador entre os dispositivos do Estado e as violações de direitos, além disso, tem maiores condições de mobilizar a rede de serviços.

Embora os profissionais afirmem que o conselho tutelar é efetivo em suas ações para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, nota-se também que existem problemas de comunicação, visto que diversas vezes as respostas são demoradas, porém, mesmo assim, ele tem êxito em suas ações.

Às vezes, encontramos algumas dificuldades em relação, por exemplo, ao Conselho Tutelar, às vezes, pra fazer notificação, mas, às vezes, demora, você não tem uma resposta rápida em relação ao conselho. Mas, de certo modo, não temos muitos problemas (AG1).

O conselho tutelar determina as ações que serão realizadas pelo hospital. Para Batista e Santos (2012), este órgão cumpre determinadas medidas de proteção para crianças e adolescentes vítimas de violência, conforme afirma a entrevistada:

(...) Quem atendeu, aciona o Conselho Tutelar e o Conselho Tutelar nos dá a resposta. “Ah não essa criança vai ficar com vocês aí até nós chegarmos” ou não; “olha só essa mãe já passou por aqui, já tá marcada a entrevista, vocês podem dar o atendimento e liberar, essa criança vai ter que ficar internada, vai ter que ficar com vocês até o conselho decidir o que vai fazer” (...) (DG5).

Outra questão importante apontada pelos profissionais é a necessidade de compreender **a família como uma rede de apoio** para romper o ciclo de violência. Os profissionais afirmam que a rede de proteção é acionada, mas também se busca o apoio da família tal fato evita que a criança ou adolescente seja abrigada, pois isto resultaria em outra forma de violência.

Olha, o que eu percebo é que, assim, a gente identifica que a criança, por exemplo, se o agressor morar na mesma casa, a gente tem conseguido garantir a vinda do conselho bem atuante com a gente pra essa criança não voltar pra mesma casa, a gente tenta acionar a rede familiar também. Ela já está sendo vítima de uma violência, encaminhar para um abrigo ou alguma coisa assim seria uma outra violência também nesse momento, pelo menos. A gente tem bastante suporte do Conselho Tutelar. Às vezes, dependendo da situação, a gente até aciona a comissária da infância, o juizado, tem situações que a gente encaminha direto até (DS2).

Sobre os **Recursos Humanos** foram identificados os seguintes núcleos de sentido: *(a) falta um profissional de referência; (b) falta infraestrutura e não de recursos humanos, (c) existe um déficit de profissionais na rede.*

Os profissionais afirmam que em relação ao atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual observa-se a *falta um profissional de referência* dentro das unidades, que trate especificamente desta questão: *“Não tem assim, uma pessoa específica que eu possa me referir, assim, esse recurso humano, ah! essa pessoa é referência da nossa unidade pra esse tipo de violência, não tem. (...)” (AM4).*

As equipes realizam um trabalho multiprofissional e são compostas de assistente social, psicólogo, médico, enfermeiro, ACS e técnico de enfermagem. As relações estabelecidas entre estes profissionais acontecem de forma impessoal, quando necessário, se reúnem e discutem os casos e o atendimento.

Segundo Mendes Gonçalves (1988), recursos humanos na área da saúde envolve tudo que está relacionado aos trabalhadores da área, pensando em questões referentes ao processo histórico de construção do SUS. Para Vieira (2008), pode-se pensar em várias dimensões referentes a recursos humanos na saúde que são: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho e administração de pessoal. *“ (...) os Recursos Humanos é quem faz parte da equipe então assim quem tá ali faz parte e vai ajudar. E o NASF também ajuda muito, que é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família ele tá muito inserido nisso” (BG3).*

De modo geral, os profissionais avaliam que os recursos humanos disponíveis na rede atuam de forma satisfatória, as equipes são integradas e

preparados para este tipo de atuação. Para os profissionais, existe uma *falta de infraestrutura e não de recursos humanos*.

Olha, eu acho que eu tenho uma boa avaliação, eu percebo que a equipe da emergência é bem integrada, é bem preparada, lógico que sempre são casos que mobilizam, mas assim, acho que todo mundo trabalha em conjunto. É um bom investimento. Eu acho que é muito mais questão de infraestrutura do que de recursos humanos, é falta de material do que de recursos humanos (DP3).

Os gestores afirmam o contrário, que *existe um déficit de profissionais na rede*, sendo necessária uma reavaliação da política de recursos humanos na saúde.

(...) Então, eu acho assim, que a política de recursos humanos tem que ser revista ou o plano de cargos e salário, que foi tão anunciado pelo prefeito, ou algum tipo de aumento dos profissionais que trabalham na saúde, principalmente nas emergências, eu não sei, eu acho que tem que ter alguma medida que possa melhorar essa lotação dos recursos humanos, pra fixação desses profissionais porque a pessoa entra “ah vou ganhar dois mil e poucos reais, ah! Não quero não!”, Ai vai embora (DG6).

Segundo Vieira (2008), atualmente a agenda de gestão do trabalho e educação no SUS tem priorizado questões pertinentes como o plano de cargos, carreiras e salários, desprecarização do trabalho, a negociação permanente, educação permanente, a avaliação de desempenho e o incentivo a produtividade.

Sobre a categoria **capacitação, suporte e produção de material**, foram identificados quatro núcleos de sentido: *(a) existem as capacitações oficiais e as que são realizadas no cotidiano; (b) profissionais não participaram das capacitações; (c) diversidade na compreensão do que é material produzido; e (d) suporte dos gestores que é dado através de capacitação, diálogo e esclarecimento de dúvida*.

A partir da fala dos gestores identifica-se que *existem as capacitações oficiais e as que são realizadas no cotidiano*. Para os profissionais houve capacitações na rede realizadas no ano de 2016, porém, não souberam informar o período e a carga horária: *“(..) Ano passado teve. Dois dias, não me lembro o período certo” (AG1).*

Alguns afirmam que houve capacitação sobre saúde mental e o abuso sexual contra crianças e adolescentes foi abordado como um eixo temático do curso: *“Especificamente? Sobre esse tema não, a gente teve saúde mental e foi*

abordado dentro de saúde mental um eixo, mas só doença sexualmente transmissível (...)” (AG2).

As capacitações foram feitas também internamente nas unidades com cada equipe, neste momento, foram apresentados os protocolos e os fluxos de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Para os gestores, não é preciso esperar uma capacitação oficial na rede, conforme visualizam as falhas dos profissionais no cotidiano, eles fazem capacitações para melhoria do serviço.

(...) internamente foi feito, equipe por equipe, foi falado, mostrado os protocolos, o que tem que fazer, como fazer, como funciona, (...). Porque toda vez que você encontra uma barreira ou alguma coisa você vai lá e fala. Você não espera ter uma capacitação para fazer, você detectou que (...) não funcionou direito aqui, você vai lá e “opa! fulaninho! Vamos lá tem que fazer assim” (DG5).

Embora se identifique que as capacitações existem, **os profissionais não participaram das capacitações** sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes.

Nota-se que a maior parte dos profissionais entrevistados não participaram de capacitações sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes, alguns afirmam que participaram do curso para realizar o depoimento sem dano, quando o CAAC foi inaugurado.

Para Vieira *et al* (2014), é necessário realizar capacitação continuada e permanente para os profissionais que atuam com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Assim a educação permanente, que inclui a capacitação pode ser definida como: “(...) desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes” (VIEIRA *et al* 2014, p.3408).

Observa-se que há **diversidade na compreensão do que é material produzido** nas unidades de saúde. A maior parte dos profissionais desconhecem que a unidade tenha produzido algum material, enquanto alguns consideram, por exemplo, o projeto de intervenção profissional como um material: “*Sim, teve um projeto de intervenção do serviço social, que por sinal já está defasado, a gente tem que estar reescrevendo por causa da inserção do CAAC (...)*” (DS2).

Já os gestores, afirmam que produziram material sobre o abuso sexual, a fim de auxiliar os profissionais que atuam na rede. E este material tem se configurado como um norteador para os profissionais que atuam nas unidades.

A gente sempre produz folder, livrinho, com essa produção. A gente tá sempre produzindo, sempre escrevendo alguma coisa. Sempre que há necessidade a gente produz também. E as áreas programáticas através da educação permanente também produz sempre algum material educativo pra população e para os profissionais (BG3).

Outra questão importante para os entrevistados é o **suporte dos gestores que é dado através de capacitação, diálogo e esclarecimento de dúvida aos profissionais**. Segundo os gestores, “(...) *Total, total, porta aberta, capacitação, solicitação, é (...) dúvidas*” (AG1). Os profissionais também contam com o Grupo Articulador Regional (GAR), este foi resultado da implantação do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências pela SMS/RJ e da Portaria “P” 1.507 de 20 de outubro de 2009.

Além disso, existe o GAR que é um grupo de apoio às vítimas de violência, mas na verdade é apoio às equipes, aos profissionais, que é aqui da secretaria e as áreas participam. Então, tem muitas capacitações, nossa! Tem muita coisa (BG3).

Sobre a categoria **prevenção do abuso sexual** contra crianças e adolescentes foram identificados quatro núcleos de sentido: *(a) é necessário discutir o tema entre os profissionais de saúde; (b) abusos ocorrem nas famílias e de forma crônica; (c) importância da atenção primária; (d) importância da educação continuada para prevenir o abuso sexual.*

Sobre a prevenção contra abuso sexual contra crianças e adolescentes, os profissionais afirmam que **é necessário discutir o tema entre os profissionais de saúde**, pois não é um assunto que está na pauta das discussões, o problema só ganha destaque quando violência já está concretizada: “(...) *é um assunto que, não tá muito na pauta das nossas reuniões, só se já tiver um caso, entendeu? Nunca como uma forma de prevenção, realmente não existe*” (AM4).

A prevenção é compreendida como uma estratégia de promoção da saúde, os agravos serão controlados na medida em que se dão condições para que os

indivíduos e grupos vulneráveis tenham medidas de proteção (BRASÍLIA, 2010). No que diz respeito ao abuso sexual contra crianças e adolescentes a prevenção ainda é um caminho a ser percorrido, é preciso que os profissionais conheçam a realidade das famílias a fim de realizar uma intervenção:

(...) Eu acho que falta muito, né, pra gente caminhar nesse sentido. Das equipes estarem mais atentas a sinais de possíveis abusos, a conhecerem mais a fundo a realidade das famílias, né. Então, eu acho que esse seria o caminho de uma prevenção (AP3).

O trabalho de prevenção deve ser realizado junto aos familiares, crianças e adolescentes, recomenda-se que as abordagens sejam realizadas de forma apropriada para cada idade, enfatizando questões como a sexualidade, toques corporais que são adequados e inadequados nas relações entre uma criança e adultos (BRASÍLIA, 2010). Segundo os profissionais, ***os abusos ocorrem nas famílias e de forma crônica***, por isso é preciso que elas sejam acompanhadas e que compreendam em qual contexto está inserido.

(...) Eu acho que tem muita coisa para ser desenvolvido, quanto mais cedo, melhor é para o indivíduo. Então, o que eu acho que deveria ter é um acompanhamento também com a família. Ver que família é aquela, ver em que contexto essa família está inserida, a criança. Dar um suporte às famílias nesses casos, pra que previna. É falar claramente o que acontece, penso que tem que ter um trabalho educativo, tá? Direcionado também para família. As coisas vem para nós, mas a base, a estrutura emocional da criança é na família e nos primeiros anos de vida. Então, a gente dá apoio, mas a família precisa ser acolhida. E tem um problema, a maioria dos abusos é na família. Então, tem que ver, às vezes, a mãe não sabe, mas é um tio, um primo um avô, tem que ver o que acontece. Se a gente não vê isso daqui a pouco vai acontecer de novo. Então, eu penso dessa maneira (AE1).

Entre os profissionais entrevistados existem aqueles que atribuem o abuso sexual como um problema que resulta da ausência das mães. Sobre esta questão, Morgado (2001), em sua tese de doutorado, analisa os sentimentos vivenciados pelas mulheres/mães durante o processo de investigação do abuso sexual incestuoso em crianças e adolescentes. Na pesquisa, identifica-se que as mães são culpabilizadas pelo fato ocorrido e são identificadas como figuras passivas, omissas, negligentes ou até mesmo cúmplices, conforme apontam os profissionais.

(....) Mas a maioria é porque a mãe largou a criança sozinha, largou com o padrasto, a mãe não está perto, não é literalmente perto, literalmente acompanhando, (...) e elas falam, às vezes, sem muita (...) é difícil uma mãe que fala aqui chorando, chorando sentindo isso, elas são muito frias. Raramente uma mãe aqui constrange em falar que o filho foi estuprado ou abusado (DM4).

Os profissionais também ressaltaram a **importância da atenção primária** na prevenção do abuso sexual contra crianças e adolescentes, afirmam que a ESF tem uma maior proximidade com a população e mesmo assim não conseguem solucionar o problema da prevenção, pois a maioria dos casos de abuso sexual ocorrem nas famílias de forma crônica e trata-se de um fato velado, conforme já foi abordado nos capítulos anteriores.

(...) A prevenção é muito complicada, mesmo com toda essa aproximação é uma coisa muito velada, até porque a violência contra criança e adolescente é muito mais próxima do que a gente pensa. Normalmente, é algum familiar ou alguém muito próximo e aí você acaba atuando mais no ato, no pós-acontecimento do que na prevenção, infelizmente. Não conseguimos muitos avanços em relação a isso (AG1).

Para Tomazine, Toso e Vieira (2014), um dos fatores importantes na atenção primária é a presença dos agentes comunitários de saúde, estes são considerados como peças fundamentais na identificação dos casos de abusos.

Outra questão que merece destaque é que prevenção é um tema que não se esgota, os autores apresentam múltiplas ações que poderiam ser eficazes, uma delas que também foi apresentada pela profissional é a **importância da educação continuada para prevenir o abuso sexual**.

(...) Mas eu acho que quando a gente pensa qual é o lugar da atenção primária, nisso é somar a voz, somar o coro na questão da educação continuada de trazer o assunto à tona, de poder falar sobre. Eu acho que esses traços possuem uma coisa que precisa ser interligada pra gente pensar em prevenção (AG2).

3.1.4.

Limites e experiências exitosas na perspectiva dos gestores e profissionais

O eixo limites e experiências exitosas na perspectiva dos gestores e profissionais possui duas categorias: **limites no trabalhos com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e experiências exitosas**.

Sobre os **limites no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual** foram identificados quatro núcleos de sentido: *(a) comunicação na rede de atendimento; (b) a forma de abordagem com as crianças, adolescentes e suas famílias; (c) medo da denúncia; e (d) envolvimento emocional do profissional.*

Para os profissionais entrevistados, uma das dificuldades no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual é *a comunicação na rede de atendimento*. Os profissionais afirmam que há problemas quando necessitam realizar contato na rede externa:

Talvez, a dificuldade, às vezes, de comunicação com outros setores. No hospital nós não temos nenhum problema, mas quando você começa a envolver o Conselho Tutelar, o CRAS e aí é bastante complicado (AG1).

Ainda sobre o núcleo de sentido *comunicação na rede de atendimento* os profissionais afirmam que não conseguem acompanhar as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual após serem atendidos na unidades, pois eles são encaminhados para a rede de serviços, por este motivo não ficam sabendo como foi o desenvolvimento do caso, tal fato é definido como angustiante para eles.

(...) um dos limites, né, que eu sinalizei pra você da gente não conseguir ter o acompanhamento da situação, isso é uma coisa que dá um pouco de angústia assim, porque a criança vai embora e aí será que vai dar continuidade, será que vai voltar pra casa com essa criança? Isso pra mim, pessoalmente, é um limite que eu tenho um pouco de dificuldade, às vezes a gente não pode fazer tudo tem que fazer, os encaminhamentos necessários, é contar que as outras instituições que vão dar continuidade (DS2).

Outra dificuldade apresentada é referente à *forma de abordagem com as crianças, adolescentes e suas famílias* em situação de violência. Os profissionais afirmam que o tema não é muito abordado durante o processo de formação e existe uma dificuldade na aproximação com o público adolescente, que são as maiores vítimas de abuso sexual: *“(...) Existe sim o limite bem grande entre o acesso dele aqui porque ele é o que menos vem aqui, o que menos bate na porta pra pedir ajuda pra esclarecer. Então, a gente tem um certo limite com adolescente” (AE2).*

Outra dificuldade apresentada pelos profissionais é o **medo da denúncia**. Tanto as equipes quanto as famílias têm medo de denunciar e isto permanece mesmo com todas as iniciativas para evitar a exposição dos profissionais e com os cuidados para preservar o sigilo: “(...) *eu vejo que é uma coisa que acontece no nosso dia-a-dia, é o medo de pegar e denunciar aquela pessoa, medo que aquela pessoa faça alguma coisa ou às vezes, muitas das vezes (...)* (ATE1).

Além do medo de denunciar, há outro desafio que é o **envolvimento emocional do profissional** com os casos de abuso sexual, visto que os casos atendidos, geralmente, exigem uma mobilização das equipes. Alguns profissionais relataram também que se trata de um trabalho muito difícil e que não gostariam de atuar com esta questão: “(...) *Olha eu acho que são vários né, assim, tem os próprios limites emocionais (...) todo profissional tenta trabalhar da maneira mais coerente, mais correta, mas assim é. São casos que às vezes podem mexer*” (DP3).

Sobre as **experiências exitosas** foram identificados dois núcleos de sentidos: (a) **rompimento com o ciclo de violência** e (b) **melhorias na rede de atendimento**.

Sobre as experiências exitosas a partir da visão dos profissionais identifica-se que o **rompimento com o ciclo de violência** foi o principal núcleo de sentido apresentado. Para os profissionais conseguirem fazer com que a criança ou adolescente seja retirado de um ambiente violento é um grande êxito, novamente eles chamam atenção para o fato do abuso sexual ocorrer em maior proporção no ambiente familiar:

(...) Acho que a experiência, assim, quando a gente consegue fazer com que uma criança que esteja passando por essa situação, que ela tenha acesso e essa situação se interrompa, ela tenha acesso ao serviço e essa situação se interrompa, pra mim, já é um grande êxito (DS2).

Os profissionais afirmam que a aproximação com as vítimas é um fator muito importante para o rompimento do ciclo de violência. Muitas vezes é preciso uma aproximação também com o autor da agressão, como ocorreu na situação relatada por uma das profissionais, pois tanto a vítima quanto o autor da agressão

sofriam de esquizofrenia. Após um ato de violência no namoro, romperam com este ciclo e hoje fazem acompanhamento na unidade de saúde:

(...) e depois ela criou um vínculo muito bom, ela acompanha com a gente, vem de vez em quando. E o namorado, ex-namorado, também, ele faz um tratamento de saúde mental de esquizofrenia e ele vem com a gente, criou um vínculo muito bom, assim (...) (AM4).

Os profissionais também compreendem as **melhorias na rede de atendimento** como uma experiência exitosa. Consideram que é importante encaminhar a vítima de abuso sexual e sua família para a rede de serviços sabendo que ela será assistida e terá um atendimento adequado. O CAAC embora seja um atendimento integrado entre diferentes políticas, foi considerada uma grande conquista na rede, segundo as profissionais, pois, as vítimas já recebem o atendimento policial na unidade de saúde evitando assim, que ela fique “peregrinando”.

Os profissionais compreendem também como melhorias: a construção de fluxos, seminários realizados e a possibilidade de diálogo entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Inúmeras, inúmeras. A construção dos fluxos, as unidades de saúde trazendo suas ações seus próprios fluxos, a gente teve seminário já de violência, a fala que eles têm com os hospitais de fluxo único criado. Isso é um grande avanço da atenção básica conversar com a atenção hospitalar, da atenção hospitalar conversar com a atenção básica. Tem muito que melhorar, mas a gente avançou muito (BG3).

4. Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo realizar uma análise da implementação dos serviços de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro.

Apresentou-se neste estudo uma discussão sobre os conceitos de violência, violência contra crianças e adolescentes e violência sexual a partir de diferentes abordagens teóricas. A violência foi definida a partir do conceito apresentado pela OMS, trazendo também as particularidades sócio-históricas da violência estrutural no Brasil. A violência sexual contra crianças e adolescentes é compreendida como uma das formas de violência que afetam a sociedade.

Compreendeu-se que a violência é um tema importante, pois a área da saúde busca responder aos seus efeitos, por este motivo o atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual deve estar baseado nos princípios, diretrizes do SUS e nas normativas que direcionam o atendimento, em conformidade com as legislações de proteção integral às crianças e adolescentes. Os governos devem criar políticas públicas específicas para esta demanda.

Para responder às questões do objeto desta pesquisa buscou-se os seguintes objetivos: analisar as formas de organização dos serviços que atendem crianças e adolescentes vitimados pelo abuso sexual nos diferentes níveis de atenção em unidades de saúde da SMS/RJ; levantar a disponibilidade qualitativa dos recursos humanos materiais e físicos dos serviços de atendimento, balizados pelas normativas de violência e saúde; e identificar os desafios, limites e experiências exitosas em unidades de saúde da SMS-RJ, a partir da compreensão dos profissionais e gestores da área da saúde.

Para cumprir estes objetivos foi utilizada a metodologia de pesquisa qualitativa, tendo como *locus* as três unidades de saúde da SMS-RJ.

A realização da pesquisa teve uma limitação relativa à participação de uma das unidades de saúde, visto que o Hospital Municipal Jesus¹⁵ foi retirado da

¹⁵ O HMJ é um hospital especializado em pediatria. Realiza atendimentos ambulatorial e hospitalar de atenção básica, média e alta complexidade. A unidade de saúde está localizada no bairro de Vila Isabel, na zona norte do município do Rio de Janeiro e compõe a A.P 2.2. Esteve inserido no Fluxo de Atendimento à Violência Sexual da SMS-RJ e estabelecido como uma das unidades de seguimento para crianças e adolescentes vítimas de violência.

amostra, porque a instituição não estava disponível para realização das entrevistas. Este hospital foi considerado importante para pesquisa, pois historicamente foi reconhecido como referência na profilaxia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, recebendo uma relevante demanda da rede. Entretanto, atualmente, com as mudanças no atendimento para as vítimas de violência, a unidade de saúde não é mais reconhecida como referência para profilaxia.

Sobre os resultados da pesquisa realizada identificou-se no eixo **organização dos serviços** as categorias definidas como documentos norteadores, notificação, registro de dados, acolhimento, fluxo da unidade, profilaxia e gravidez decorrente do abuso sexual.

Os profissionais e gestores ressaltaram a importância destas questões para o atendimento, em alguns momentos com diferenças, como na categoria documentos norteadores, que foram compreendidos a partir de duas concepções: documentos do Ministério da Saúde e instrumentos de trabalho. É importante destacar que durante a realização da pesquisa nota-se que os gestores e os profissionais têm formas diferentes de analisar o atendimento às vítimas de abuso sexual, decorrentes da inserção diferenciada na rede de saúde.

Nota-se também que houve uma melhoria significativa em relação às notificações, atualmente, os profissionais compreendem a importância do preenchimento da ficha SINAN, porém ainda permanecem problemas como o medo da notificação. Houve uma melhoria em relação ao registro de dados, pois agora a rede conta com um sistema de informatização E-SUS que hoje abrange as unidades de saúde do município e os profissionais compreendem a importância do registro dos casos de abuso sexual em prontuário.

Os profissionais cumprem o que está definido nas normativas do Ministério da Saúde, confirmando assim que houve uma absorção e sucesso na implementação da política de atenção para vítimas de abuso sexual. Entendem os momentos importantes do atendimento como o acolhimento, fluxos de atendimentos e profilaxia.

Outra questão abordada foi a gravidez decorrente do abuso sexual, pois trata-se de um tema delicado que possui diversas discussões. Os profissionais afirmaram que seguem os protocolos do Ministério da Saúde e compreendem o

procedimento como um direito da vítima, no entanto, também foi afirmado que o principal limite para realização deste procedimento são os próprios profissionais de saúde devido às questões de caráter pessoal.

No eixo **disponibilidade de recursos** foram identificadas as categorias definidas como: instalações disponíveis, Sistema de Garantias de Direitos da Criança e Adolescentes, recursos humanos, suporte, capacitação, produção de material e prevenção de abuso sexual.

A partir dos sentidos atribuídos pelos profissionais nota-se que houve uma ampliação na rede de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, pois, atualmente, todas as unidades de saúde do município devem realizar este tipo de atendimento e estar equipada com o kit. Apesar dos avanços identificados na rede, é importante considerar que ainda existem fragilidades que não foram superadas ao longo dos anos.

A rede intrasetorial, na visão dos profissionais, tem um bom funcionamento, os problemas só ficam evidentes quando é preciso acionar a rede intersetorial. A principal instituição acionada e que constitui o SGDCA é o Conselho Tutelar, que, segundo os profissionais, consegue garantir as medidas de proteção, mas tem problemas de comunicação, devido à demora nas respostas. Uma importante conquista na rede de atendimento da saúde foi o CAAC este cumpre o papel da intersectorialidade, englobando em um único local o atendimento médico e policial para as vítimas e suas famílias.

Os recursos humanos foram definidos pelos profissionais como todos aqueles que estão disponíveis para realizar o atendimento. Na concepção dos entrevistados as equipes funcionam de forma satisfatória e são integradas. Entretanto, é preciso uma revisão na política de recursos humanos em saúde, devido ao reduzido número de profissionais na rede e aos baixos salários.

Nota-se que houve capacitações, porém os profissionais que estão diretamente ligados ao atendimento não participaram. É relevante mencionar que estes profissionais atuam na rede de saúde com um tempo de trabalho que varia entre 1 mês e 30 anos, conforme identificado na caracterização. O tema abuso sexual contra crianças e adolescentes foi tratado como um dos eixos dos cursos oferecidos. Além disso, identifica-se que as capacitações são feitas diariamente conforme as necessidades do cotidiano profissional.

Há uma diversidade na compreensão do que é produção de material, mas de modo geral a gestão da SMS/RJ produz livros, folders e até um guia para violências que será publicado no ano de 2018. Estes materiais têm se constituído como um norte para aqueles que estão na rede. Sobre o suporte os gestores, de modo geral, resumiram em: capacitação, diálogo e esclarecimento de dúvidas. Os profissionais também contam com o GAR que atende as áreas programáticas.

Sobre a prevenção de abuso sexual, percebe-se que ainda é um caminho a ser percorrido, foram ressaltadas as dificuldades com o abuso sexual, pois na maioria das vezes acontece nas famílias de forma crônica e velada. Apesar de a ESF estar mais próxima das famílias, a atenção primária ainda não consegue prevenir o abuso sexual, pois, como já foi abordado neste estudo, a violência é um fenômeno que faz parte da estrutura da sociedade brasileira. Para os profissionais, é preciso ampliar as discussões na formação e também investir em educação continuada.

Sobre o eixo **limites e experiências exitosas na perspectiva dos gestores e profissionais** foram identificadas as seguintes categorias: desafios e experiências exitosas.

Nota-se que os principais núcleos de sentido atribuídos pelos profissionais e gestores foram: a comunicação na rede de atendimento, dificuldade na forma de abordagem com as crianças, adolescentes e suas famílias, o medo em realizar a denúncia e envolvimento emocional do profissional.¹⁶ Já as principais experiências exitosas foram referentes à possibilidade de romper com o ciclo de violência que a criança ou adolescente está vivendo e as melhorias na rede de atendimento.

Conclui-se que os profissionais inseridos nas unidades de saúde da SMS/RJ têm materializado as orientações propostas na Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e sua Famílias em Situação de Violências (BRASÍLIA, 2010) e na Norma Técnica de Prevenção para Mulheres e Adolescentes Vítimas de violência Sexual (BRASÍLIA, 2012) durante o processo de implementação da política de atendimento para crianças e

¹⁶ Em alguns momentos os entrevistados referem-se à notificação como denúncia. Porém, compreende-se que, a partir das normativas, há diferenças entre denúncia e notificação.

adolescentes vítimas de abuso sexual que, embora tenha grandes avanços, ainda precisa de algumas melhorias.

Nota-se também que há necessidade de melhoria na comunicação entre a rede intersetorial, pois é importante que as diferentes políticas se integrem, a fim de garantir os direitos à vítima de abuso sexual. Uma das alternativas é a possibilidade de maior diálogo com a política de educação, pois os profissionais desta área se encontram mais próximos das crianças e adolescentes, com a finalidade de promover a prevenção do abuso sexual.

A pesquisa resultou em um material significativo e pertinente que será utilizada para elaboração de artigos sobre algumas temáticas que merecem ser aprofundadas futuramente.

Sobre a implementação de serviços de saúde nota-se, a partir de um levantamento bibliográfico realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que há poucos artigos sobre este tema. Assim, uma das propostas futuras é dar continuidade ao estudo sobre implementação dos serviços de atendimento para vítimas de violência. Deste modo, a partir desta pesquisa surgiram novos objetos teóricos possíveis para a pesquisa de doutoramento como o estudo da rede de saúde, assistência social e segurança pública, analisando outras instituições como o CAAC, o CREAS e outras unidades de saúde.

5.

Referências bibliográficas

ADORNO, Sérgio. **A violência na sociedade brasileira: um painel inconclusivo em uma democracia não consolidada**. Revista Sociedade e estado, [S.L], v. 10, n. 2, p. 299-342, jul./dez. 1995.

_____. **Exclusão socioeconômica e violência urbana**. Sociologias, Porto Alegre, n. 8, p. 84-135, jul./dez. 2002.

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. **Políticas públicas: conceitos e análise em revisão**. Revista agenda política, [S.L], v. 3, n. 2, p. 12-42, jul./dez. 2015.

AKERMAN, M. et al. **Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!**. Ciência & Saúde, [S.L], v. 19, n. 11, p. 4291-4300, nov. 2014.

ARRETCHE, Marta Tereza da Silva. **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas**. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: Iee-puc, 2001. p. 44-55.

ARPINI, Mônica Dotian; SIQUEIRA, Aline Cardoso; FARAJ, Suane Postoriza. **A atendimento psicológico no centro de referência especializado da assistência social e a visão de operadores do direito e conselheiros tutelares**. Estudos de psicologia I, Campinas, v. 33, n. 4, p. 757-766, out./dez. 2016.

ASSIS, Simone Gonçalves; DESLANDES, Suely Ferreira. **Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil**. In: ARAUJO, Claudia. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cap. 4. p. 47-57.

ASSIS, Simone Gonçalves; AVANCI, Joviana Quintes. **Abuso psicológico e desenvolvimento infantil**. In: ARAUJO, Claudia (Org.). **Violência faz mal à**

saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cap. 5. p. 17-22.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

BARREIRO, Guilherme Scodeler de Souza; FURTADO, Renata Pedretti Moraes. **Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas**. Rev. Adm. Pública vol.49 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7612201500020023.

BASTOS, Elide Rugai. Casa-Grande & Senzala. In: DANTAS, Lourenço (Org.). **Introdução ao Brasil. Um banquete no trópico**. São Paulo: Senac, 1999. Cap. 10. p. 215-233.

BATISTA, Dayse Simone De Melo; SANTOS, Elder Cerqueira. **Superintendência de Atenção Primária S/SUBPAV/SAP. Um estudo sobre conselheiros tutelares diante de práticas de violência sexual**. Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 116-125, dez. 2012.

BATISTELLA, Carlos. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'andrea (Org.). O Território e o processo saúde e doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BEZERRA, Saulo de Castro. **Estatuto da Criança e do adolescente: Marco da proteção integral**. In: ARAUJO, Claudia (Org.). Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cap. 1. p. 17-22.

BRANCALEON, Brigida Batista ; YAMANAKA, Jessica Suzuki; CASTRO, José Marcelo de; CUOGHI, Kaio Guilherme, PASCHOALOTTO, Marco

Antonio Catuss. **Políticas Públicas Conceitos Básicos**. USP, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto Programa de Pós-

Graduação em Administração de Organizações- Disciplina de Didática Material didático para Ensino a Distância, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Saúde e-SUS - Sistema E-SUS atenção Básica. **Prontuário Eletrônico chega a 57 milhões de brasileiros**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2017. 22 slides, color. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/1073-prontuario-eletronico-chega-a-57-milhoes-de-brasileiros>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Decreto nº 99710, de 21 de novembro de 1990. Convenção Sobre Os Direitos da Criança. Brasília, DF, 21 nov. 1990.

BRASÍLIA. Conanda. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Brasília: Conanda, 2013. 50 p.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus. E-SUS AB**. Disponível em: . Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014**. Brasília: MS, 2017. 218 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília: MS, 2012. 126 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos).

_____. Ministério dos Direitos Humanos. Ouvidora Nacional de Direitos

Humanos. **Balanço das Denúncias de Violações de Direitos Humanos**. Brasília: Sdh, 2016. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prontuário Eletrônico chega a 57 milhões de brasileiros**. 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>> . Acesso em: 03 mar. 2018.

_____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CARVALHO, Fabiana Aparecida de. **Homem não chora: o abuso sexual contra meninos**. 2015. 169 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

CARVALHO, Jane Soares; ROCHA, Cristinne Maria Famer. **Vitimização**. In: - TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 398-399.

CHAUÍ, Marilena. **Ética e violência no Brasil**. Bioethikos, Centro Universitário São Camilo, v. 5, n. 4, p. 378-383, dez. 2011.

CHILDHOOD BRASIL (Brasília). **Centros de atendimento integrado a crianças e adolescentes vítimas de violências: Boas práticas e recomendações para uma política de estado**. São Paulo: Childhood Brasil, 2017. 190 p.

CASSAB, Latif ,Antonia. **Violência de Gênero**. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 376-378.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. **Violência: um problema global de saúde pública**. **Ciências saúde coletiva**, Rio de janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2007./200. undefined.

DALFIOR, Eduardo Tonele; LIMA, Rita De Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. **Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde**. **Saúde em debate**, Rio de janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, jan./mar. 2015.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 9-21, abr. 2003.

DESLANDES, Suely; CAMPOS, Daniel De Souza. A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. **Ciência**, [S.L], v. 20, n. 7, p. 2173-2182, jan. 2012.

DESLANDES, S. F. et al. **Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras**. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 865-877, out./dez. 2016.

DRAIBE, Sônia Mirian. **Avaliação de implementação: Esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas**. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Iee-puc SP, 2001. p. 12-40.

DUROVINI, Betina. Superintendência de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde - SUBPAV/SAP. **Fluxo de atendimento à violência sexual.** (s/d) Disponível em: http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher_Violencia.pdf.

FALEIROS, Eva T. Silveira; CAMPOS, Josete De Oliveira. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes.** 1 ed. Brasília: UNICEF, 2000.

FARINELI, Carmen Cecília; PIERINI, Alexandre José. **O sistema de garantia de direitos e a proteção integral à criança e ao adolescente: uma revisão bibliográfica.** O Social em Questão, Rio de Janeiro, v. 19, n. 35, p. 63-86, jan./jun. 2016.

FERREIRA, Kátia Maria Maia. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In: SILVA, Lygia Maria Pereira da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife: Edupe, 2002. Cap. 1. p. 19-39.

FUZIWARA, Aurea Satarni; FÁVERA, Eunice Teresinha. **A violência sexual e os direitos da criança e adolescente.** In: BEZERRA, Maria Regina Fay de; FERREIRA, Maria Helena Mariante (Org.). Violência sexual contra criança e adolescente. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 2. p. 35-47.

GABEL, Marceline. **Crianças vítimas de abuso sexual.** 1 ed. São Paulo: Summus, 1997. 7-9 p.

GARBIN, C. A. S. et al. **Desafio do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento.** Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, jun. 2015.

GARCIA, Márcia R. Carvalho. **Teorias e técnicas do atendimento social em**

casos de violência intrafamiliar na infância e na adolescência. In: FERRARI, Dalka Chaves de Almeida; VECINA, Tereza Cristina Cruz (Org.). O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. Cap. 10. p. 143-152.

GOMES, Romeu. **A análise dos dados em pesquisa qualitativa.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. Cap. 4. p. 67-80.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.** In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al (Org.). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 13. p. 237-255.

HABIGZANG, L. F. et al. **Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 21, n. 3, p. 341-348, dez. 2005.

HIRATA, Helena. **Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais.** Tempo Social, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-73, jun. 2014.

HOWLETT., Michael; PERL, Anthony; , M. Ramesh. **Política pública: Seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora.** 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

JESUS, Reniani Lami; ENGSTROM, Elyne; BRANDÃO, Ana Laura. **A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade.** Revista Brasileira de medicina da família e comunidade, [S.L], v. 10, n. 37, p. 1-11, out./dez. 2015.

JUNQUEIRA, Luciano A. **Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes**

sociais na saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

KUSCHNIR, Rosana et al. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS.** In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Org.). Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro: Ead/ Ensp, 2009. Cap. 5. p. 125-157.

LAPA, José Roberto do Amaral. **Formação do Brasil contemporâneo.** In: DANTAS, Lourenço. Introdução ao Brasil. Um banquete no trópico. São Paulo: Senac, 1999. Cap. 12. p. 100-120.

LIMA, Jeanne De Souza; , Suely Ferreira Deslandes. **A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros.** Interface, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 805-818, jul./set. 2011.

LIBÓRIO, Renata Maria Coimbra; CASTRO, Bernardo Monteiro de. **Abuso, exploração sexual e pedofilia: as intrincadas relações entre os conceitos e o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.** In: UNGARETTI, Maria America (Org.). Crianças e Adolescentes: Direitos, sexualidades e reprodução. São Paulo: Abmp, 2010. p. 19-42.

LOTTA, Gabriela. **Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde.** In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Belo Horizonte: Puc Minas, 2012. Cap. 1. p. 221-259.

LOWENKRON, Laura. **Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas?** Sexualidad, salud y

sociedad-Revista Latinoamericana, Rio de Janeiro, n. 5, p. 9-29, abr./jun. 2010.

MATOS, Maurílio Castro De. **Serviço social, ética e saúde: Reflexões para o exercício profissional**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2013. 109-137 p.

MEIRELLES, Zilah Vieira; SILVA, Cristielle Alves da. **Redes de apoio à saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência**. In: TAQUETTE, Stella R. (Org.). Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: Eduerj, 2007. p. 141-149.

MELO, Elza Machado. **Violência**. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 370-372.

MENDES GONÇALVES, R. B. **A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993 (Relatório de seminário).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A violência dramatiza as causas**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Org.). Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap. 1. p. 23-47.

_____. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva**. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patricia (Org.). Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: Ead/ Ensp, 2013. Cap. 1. p. 21-42.

_____. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes,

2012. Cap. 1. p. 9-28.

_____. **Violência e saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, jan. 1994.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**. Revista Katálysis, [s.l.], v. 14, n. 1, p.41-49, jun. 2011.

MORGADO, Rosana. **Abuso Sexual Incestuoso: seu enfrentamento pela mulher/mãe**. 2001. 182 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica São Paulo, São Paulo, 2001.

NEW YORK. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents**. New York: Unicef, 2017. 100 p.

OLIVEIRA, Antônio Carlos De. **Abuso sexual intrafamiliar de crianças e a família como totalidade**. O social em questão, Rio de Janeiro, v. 15, n. 28, p. 233-262, jul./dez. 2012.

OLIVEIRA, Ilmara De Jesus; CRUZ, Cleide Ane Barbosa Da. **Abuso sexual: uma reflexão sobre a violência contra crianças e adolescentes**. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v. 8, n. 1, p. 1-7, jan. 2015.

WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, Ariane Rego De. **Análise e avaliação de políticas sociais: algumas perspectivas do debate atual.** O social em questão, Rio de Janeiro, v. 19, n. 36, p. 21-38, jul./dez. 2016.

PAIXÃO, Ana Cristina Wanderley da. **Abuso sexual infantojuvenil: a atuação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para garantir o atendimento especializado das vítimas.** 2011. 158 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueiras, Rio de Janeiro, 2011.

PEDERSEN, Jaina Raqueli; GROSSI, Patrícia Krieger. **O abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural.** In: BEZERRA, Maria Regina Fay de; FERREIRA, Maria Helena Mariante. Violência sexual contra criança e adolescente. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 1. p. 25-34.

PEREIRA, Potyara. **A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética.** In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. A intersetorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas: Papel Social, 2014. Cap. 1. p. 23-39.

PRADO, Sônia Regina Leite De Almeida; FUJIMORI, Elizabeth. **Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade.** Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L], v. 59, n. 1, p. 67-71, jan./dez. 2006.

QUAGLIA, Márcia de Castro; MARQUES, Myrian Fontes; PEDEBOS, Genenviève Lopes. **O assistente social e o atendimento a famílias em situação de violência sexual infantil.** In: BEZERRA, Maria Regina Fay de; FERREIRA, Maria Helena Mariante. Violência sexual contra criança e adolescente. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 19. p. 262-285.

RIBEIRO, Márcia Aparecida; FERRIANI, Maria Das Graças Carvalho; REIS, Jair Naves Dos. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares.** Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, mar./abr. 2004.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência.** 1 ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANCHEZ, Raquel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra criança e adolescente: questão histórica, social e de saúde.** In: ARAÚJO, Claudia (Org.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cap. 3. p. 29-38.

SCHERER, Edson Arthur; SCHERER, Zeyne Alves Pires. **A criança maltratada: uma revisão da literatura.** Revista Latinoamericana de enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, ago. 2000.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SILVA, Helena De Oliveira Da; SILVA, Jailson De Souza E. **Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil: Conceitos, dados e proposições.** 1 ed. Brasília: Unicef, 2005.

SILVA, Pedro Luiz Barros da; MELO, Marcus André Barreto de. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos.** In: PAINEL ESTADO DEMOCRÁTICO E GOVERNANÇA NO SÉCULO XXI: REFORMANDO A REFORMA, 1., 2000, República Dominicana. Caderno 43. República Dominicana: Unicamp, 2000. p. 1 - 17.

SONEGO, Cristiane; MUNHOZ, Divanir Eulália Naréssi. **Violência familiar contra crianças e adolescentes: conceitos, expressões e**

características. Revista Emancipação, Ponta Grossa, v. 7, n. 1, p. 215-241, jan./jul. 2007.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** 2011. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Disponível em: . Acesso em: 10 jun. 2017.

THOMAZINE, Angélica Malman; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VIEIRA, Cláudia Silveira. **Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil.** Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, [S.L], v. 14, n. 2, p. 105-111, jan./mar. 2014 .

VAINFAS, Ronaldo. **Capítulos de história colonial.** In: DANTAS, Lourenço (Org.). Introdução ao Brasil. Um banquete no trópico. São Paulo: Senac, 2001. Cap. 8. p. 100-130.

VELHO, Gilberto. **Violência e conflito nas grandes cidades contemporâneas.** In: VIII CONGRESSO LUSO AFRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8., 2004, Coimbra. Anais... . Coimbra: Viii Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais, 2004. p. 1 - 9.

_____. **Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica.** In: VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos. Cidadania e violência. 2. ed. Rio de Janeiro: Ufrj/fgv, 2000. p. 11-25.

VIEIRA, Mônica. **Recursos Humanos em Saúde.** In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Epsjv, 2008. p. 343-347.

VIEIRA, L. J. E. D. S. et al. **Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras.** Ciência, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3407-3416, jan./mar. 2015.

6. Apêndices

6.1

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para profissionais (Médico, Assistente Social, Enfermeiro e Psicólogo)

Pesquisa: Violência Sexual e Saúde: Análise da Implementação dos Serviços de Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual na Perspectiva dos Profissionais e Gestores das Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Formação Profissional

Cargo/função:

Graduação:

Pós-graduação:

Tempo de atuação na área de violência sexual contra crianças e adolescentes:

Entrevista

1. Quais documentos norteiam o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual nesta unidade de saúde?
2. Como é realizado o acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual nesta unidade de saúde?
3. A equipe produziu algum material sobre abuso sexual contra crianças? Qual?
4. Como ocorre o fluxo interno na unidade para os atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
5. Quais protocolos para profilaxias são usados para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual? Como vem se dando a adesão das vítimas de abuso sexual ao tratamento proposto?
6. Como é feito o registro de dados dos atendimentos?
7. Como vem ocorrendo a notificação compulsória através da ficha do SINAN?
8. Como os recursos físicos disponíveis tanto na unidade de saúde como na rede, auxiliam no atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
9. Como os recursos humanos disponíveis na unidade de saúde auxiliam no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
10. Você participou de alguma capacitação sobre abuso sexual contra criança e adolescente? Quando e com qual duração?
11. Quais profissionais compõem a equipe? Como é realizado o trabalho interdisciplinar -multiprofissional pela equipe?
12. Como o Sistema de Garantia de Direitos para Crianças e Adolescentes (SGDCA) tem auxiliado os profissionais na garantia de medidas de proteções legais para as vítimas? Quais as principais instituições acionadas?

13. Como são realizados os encaminhamentos das vítimas para a rede de saúde e para a rede intersetorial?
14. Como os profissionais atuam em casos de gravidez decorrente do abuso sexual? Os recursos disponíveis permitem que este atendimento seja feito?
15. Como você avalia a atuação da atenção primária no que se refere a prevenção de abuso sexual contra criança e adolescentes?
16. Quais os principais limites da equipe no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
17. Quais as principais experiências exitosas da equipe no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?

6.2.

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista com gestores das unidades de saúde

Pesquisa: Violência Sexual e Saúde: Análise da Implementação dos Serviços de Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual na Perspectiva dos Profissionais e Gestores das unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro.

Formação Profissional

Cargo/função:

Graduação:

Pós-graduação:

Tempo de atuação na área de abuso sexual contra crianças e adolescentes:

Entrevista

1. Quais documentos norteiam o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
2. Como a gestão das equipes/ GSCA orienta que seja realizado o acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual nesta unidade de saúde?
3. Foi produzido algum material sobre abuso sexual contra crianças? Qual?
4. Este material vem auxiliando os profissionais da rede de saúde?
5. Como está organizado o fluxo para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na SMS RJ?
6. Quais protocolos para profilaxias a gestão das equipes/GSCA orientam que sejam usados para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
7. Como você avalia que vem ocorrendo a notificação compulsória através da ficha do SINAN? Os profissionais compreendem a importância deste documento?
8. Foi realizada alguma sensibilização ou capacitação para que os profissionais utilizem a ficha SINAN?
9. Como as instalações disponíveis na rede de saúde da SMS RJ auxiliam no atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
10. Como os recursos humanos disponíveis na rede de saúde da SMS RJ, auxiliam no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
11. Houve alguma capacitação sobre abuso sexual contra criança e adolescente para os profissionais da rede? Quando e com qual duração?
12. Como a gestão se organiza para trabalhar com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
13. Qual tipo de suporte é oferecido para as equipes que atuam com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual?
14. Como o Sistema de Garantia de Direitos para Crianças e Adolescentes (SGDCA) tem auxiliado os profissionais na garantia de medidas de proteções legais para as vítimas? Quais as principais instituições acionadas?
15. Como é a relação com a rede de saúde e com rede intersetorial?

16. Como os gestores/GSCA orientam atuação em casos de gravidez decorrente do abuso sexual? Os recursos disponíveis permitem que este atendimento seja feito?
17. Como você avalia a atuação da atenção primária no que se refere a prevenção de abuso sexual contra criança e adolescentes?
18. Quais os principais limites no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no nível da gestão?
19. Quais as principais experiências exitosas da equipe no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no nível da gestão?