

Implementação de políticas públicas: análise do atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na saúde municipal do Rio de Janeiro

Taiane Damasceno da Hora¹

Ariane Rego de Paiva²

Ludmila Fontenele Cavalcanti³

Resumo

Este artigo consiste num recorte de uma pesquisa mais ampla sobre a implementação dos serviços e buscou analisar a disponibilidade de recursos nos serviços de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na perspectiva dos profissionais e gestores de duas unidades da rede de saúde do município do Rio de Janeiro. Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas e para análise de dados foi utilizada a interpretação de sentidos. Conclui-se que houve ampliação da rede de atendimento para as vítimas de abuso sexual. A rede setorial funciona adequadamente, porém existem limites em relação a rede intersetorial. A integração da saúde com a segurança pública foi considerada conquista importante para esse tipo de atendimento, além disso ainda é preciso superar as lacunas referentes à capacitação profissional.

Palavras-chave

Abuso sexual, criança, adolescente, políticas, implementação.

Implementation of public policies: analysis of the care provided to children and adolescent victims of sexual abuse in the municipal health system of Rio de Janeiro

Abstract

This article consists of a section of a larger research on the implementation of services and sought to analyze the availability of resources in the services for children and adolescent victims of sexual abuse from the perspective of professionals and managers of two units of the health network in the municipality of Rio de Janeiro. Fifteen semi-structured interviews were carried out and for data analysis the interpretation of meanings was used. We conclude that there has been an expansion of the network of care for victims of sexual abuse. The sectorial network functions adequately, however, there are limits in relation to the intersectorial network. The integration of health with public safety was considered an important achievement for this type of care, and it is still necessary to overcome the gaps in professional training.

Keywords

Sexual abuse, child, adolescent, policies, implementation.

Artigo enviado em julho de 2021

Artigo aprovado em setembro de 2021

Introdução

Este artigo consiste num recorte de uma pesquisa mais ampla⁴ e buscou analisar a disponibilidade de recursos nos serviços de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na perspectiva dos profissionais e gestores de duas unidades da rede de saúde do município do Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro possui 160 bairros e é organizado em 33 Regiões Administrativas (R.A), está inserido na Região Metropolitana de Saúde I do Estado do Rio de Janeiro. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio (SMS Rio) conta com uma organização em 10 Áreas de Planejamento (AP), desde 1993. A rede conta com Clínicas da Família, Centros Municipais de Saúde, Policlínicas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Urgência e Emergência, Hospitais Especializados, Maternidades e Institutos.

Diante disso, o *lôcus* da pesquisa foi composto por duas unidades de saúde vinculadas à SMS/RJ inseridas na AP 1.0: o Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau (CMCMC) e o Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA). O CMCMC foi escolhido por ser 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. Este último possui a particularidade de integrar o Centro de Atendimento ao Adolescente e à Criança (CAAC)⁵, órgão de proteção

à criança e ao adolescente da segurança pública. As duas unidades estão localizadas na área central do Rio de Janeiro, portanto possuem alta procura pelos serviços.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, o qual segundo Minayo “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aparções, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2012, p.21). Utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada orientada por dois roteiros, um para os profissionais e outro para gestores. Esse tipo de entrevista, combina perguntas fechadas e abertas possibilitando que o entrevistado discorra sobre o tema em questão sem se prender às indagações formuladas. Foram realizadas 15 entrevistas no ano de 2017 com os seguintes profissionais: assistente social (2), psicólogo (2), enfermeiro (2), médico (2), gestores (5), técnico de enfermagem (1) e Agente Comunitário de Saúde (1).

Essa pesquisa tomou como referência a Norma Técnica de prevenção de Agravos para Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual (BRASIL, 2012) e a Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010), adotando como ponto de partida as seguintes categorias: instalações disponíveis, recursos humanos, registro de dados, acolhimento, proteções legais, profilaxia, interrupção da gravidez, capacitação dos recursos humanos, interdisciplinaridade, intersetorialidade e intrasetorialidade. Desse modo, foram construídos os seguintes eixos de análise: 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). Este artigo aborda os resultados relativos ao eixo 2, disponibilidade de recursos.

Para interpretação dos dados coletados na pesquisa foi usado o método de interpretação de sentidos. Segundo Gomes et al (2005), esse método é uma forma de sistematização de dados, se baseia em obras clássicas do campo da pesquisa qualitativa e nas experiências adquiridas ao longo dos anos no Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (NID/CLAVES) da FIOCRUZ.

Gomes (2012) define a interpretação de sentidos 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 corpus analíticos. Segundo Gomes et al (2005, p. 199),

na análise, procura-se ir para além do que é descrito. Traça-se um caminho sistemático que busca, com localizadores-chave explícitos ou não nos depoimentos e nas relações entre os fatores. O processo analítico produz a decomposição de um conjunto de dados, buscando as relações entre as partes que o compõem. Uma das suas finalidades é a de expandir a descrição.

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, na 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).

Neste estudo a violência é compreendida como um fenômeno multicausal, conforme afirma Minayo (2006), portanto não pode ser restrita a um único fator. Deve ser analisada como um fenômeno social produzido no contexto das desigualdades sociais e econômicas e possui outras dimensões que variam conforme a organização de cada sociedade. No Brasil a violência pode ser considerada estrutural

e enraizada na sociedade. Ela tem relação com o grau elevadíssimo de desigualdades, o que é histórico no contexto brasileiro. Essas desigualdades ultrapassam a esfera econômica ganhando outras dimensões (MINAYO, 2005).

Uma das expressões da violência estrutural que afeta a sociedade brasileira é o abuso sexual contra criança e adolescente. Segundo Saiffoti (2004), trata-se de uma das formas históricas de violência contra esses segmentos. 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 categorias como classe, gênero, raça/etnia e geração (SAFIOTI, 2004).

É importante chamar atenção para a terminologia do fenômeno estudado, visto que (...) “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” (MINAYO, 2009, p.38). Nesse estudo foi utilizado o termo abuso sexual, pois se trata de uma das formas de violência sexual e possui algumas particularidades.

Quaglia et al (2011) afirmam que o abuso sexual contra crianças e adolescentes se caracteriza como uma 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. O abuso sexual é 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 vaginal); e atividades sem emprego da força física ou mediante emprego da força física (PEDERSEN; GROSSI, 2011, p.27).

A violência está relacionada à falta de poder legítimo, ela se exercita por meio da negação ou da ameaça praticada contra outro, há uma imposição por intermédio 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). Além disso, o conceito de abuso sexual possui essa 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 esses indivíduos em estágios de desenvolvimento psicosssexual diferentes (HABIGZANG et al., 2005).

No relatório *Prevenir y responder a la violencia contra las niñas y los niños en las Américas*⁶, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2020, afirma-se que nas Américas⁷ as crianças e adolescentes com idade entre 2 a 17 anos foram as maiores vítimas de violência física e sexual ou sofreram abusos emocionais no passado. Estima-se que 58 % dos casos estão na América Latina e 61% na América do Norte (OPAS, 2020). Segundo as agências das Nações Unidas, cerca de 1 bilhão de crianças são vítimas de violências anualmente. Para a organização os países estariam falhando ao construir estratégias de proteção para as crianças e adolescentes (NAÇÕES UNIDAS, 2020).

No Brasil, a dimensão da violência contra crianças e adolescentes pode ser vista nos dados do Disque 100. No ano de 2020 notou-se que no primeiro semestre, foram recebidas 53.525 denúncias e 266.930 violações contra crianças e adolescentes. No segundo semestre, foram recebidas 41.722 denúncias e 101.403 violações. O abuso sexual contra crianças e adolescentes foi o quarto tipo de violência mais denunciado, assim, no primeiro semestre de 2020, foram registrados 887 casos e no segundo semestre, houve um aumento alarmante com 3.338 casos (BRASIL, 2021).

No município do Rio de Janeiro, os dados dos Indicadores da Notificação de Violência (interpessoal e autoprovocada) em Residentes do Município do Rio de Janeiro da SMS Rio, mostrou que, em 2020 de um total de 1.485 casos de violências, 432 foram referentes a violência sexual contra crianças de 0 a 9 anos e de um total de 2.471 denúncias, 545 eram de violência sexual. Fica evidente nesses dados a desigualdade de gênero, pois 58,1% das crianças e 76,6% dos adolescentes eram do sexo feminino (SMS RIO, 2021). A SMS Rio afirmou em 2021, que com a pandemia de COVID 19 houve um crescimento de 50% na quantidade de denúncias sobre violência contra crianças e adolescentes junto aos conselhos tutelares, o abuso sexual foi a mais comum delas (SMS RIO, 2021).

Diante disso, é importante afirmar que a violência e suas diversas tipificações colocam em risco o processo vital humano, provocam mortes, lesões ou traumas físicos, agravos mentais, emocionais, espirituais, reduzem a qualidade de vida, exigem mudanças da organização dos serviços, colocam em evidência a necessidade de atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial (MINAYO, 2005). Nesse contexto, ressalta-se a importância do sistema de saúde para a prevenção e a assistência a essa problemática. Segundo Minayo (2005),

Embora as causas complexas da violência precisem ser analisadas em seus componentes sócio-históricos, econômicos, culturais e subjetivos, é preciso lembrar que suas consequências afetam a saúde individual e coletiva e os serviços do setor. As unidades de serviços, antes muito mais orientadas para as enfermidades de origem biomédica, são hoje chamadas para dar respostas às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais, devendo equipar-se para isso (MINAYO, 2005, p.12).

Para atender as crianças e adolescentes vitimadas pelo abuso sexual os governos devem criar políticas públicas específicas para o atendimento, prevenção e combate a ESSE problema (BRASIL, 2017).



Diante disso, este artigo buscou problematizar a implementação de políticas e serviços para as vítimas de abuso sexual, enfatizando a área da saúde em dois serviços públicos no município do Rio de Janeiro a partir da visão dos profissionais e gestores.

Implementação de políticas e os serviços para vítimas de abuso sexual na área da saúde

A década de 1980 é o período em que a violência passou a ser considerada um problema de saúde pública pelos médicos, pesquisadores e os sistemas de saúde pública. Tal fato estava relacionado com o aumento de mortes e traumas que congestionaram os serviços de saúde. Buscava-se nesse contexto compreender as raízes da violência e discutir como preveni-la (DESLANDES 1994, DESLANDES, 2002; DAHLBERG E KRUG, 2007).

Frente ao crescimento da violência no Brasil, os serviços de saúde têm redirecionado esforços para adequar seus recursos a essa demanda. Na realidade, embora se estime que seja elevado o impacto dos eventos violentos, este acarreta um ônus ainda não devidamente quantificado entre nós (DESLANDES, 2002, p.19).

Diante disso, nota-se que 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, porém não houve um aprofundamento teórico sobre o tema que garantisse uma maior compreensão do sentido desse 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 os temas (MINAYO, 2003). A partir da década de 1990 a violência passou a ser um problema de saúde não só do Brasil, mas também de outros países, conforme afirma Deslandes (2002).

Minayo (2006) afirma que um dos temas pioneiros para a discussão do tema violência e saúde foi a violência contra crianças e adoles-

centes. Logo, 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 destacavam como esse problema influenciaria no crescimento e desenvolvimento das vítimas.

No Brasil, a compreensão da violência como um problema no campo da saúde 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 partir do entendimento da violência como um problema de saúde, compreende-se neste estudo a importância da discussão sobre implementação de políticas públicas para atender crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Estudar a fase da implementação dos serviços de saúde referente a essa problemática, requer analisar o que o governo municipal do Rio de Janeiro vem desenvolvendo para ofertar atendimento desse público, levando em consideração as normativas, recursos, capacidade técnica e administrativa, entre outros elementos do processo para efetivação das ações.

Nesse contexto, nota-se que os estudos sobre formulação e implementação de políticas públicas tem ganhado visibilidade no Brasil e têm sido objeto de pesquisa de diversas áreas. Segundo Lotta (2019), as análises sobre a fase da implementação têm sido desenvolvidas a partir de elementos teóricos e metodológicos, que tem origem em áreas como administração pública, ciência política, direito e sociologia.

Segundo os estudiosos do tema política pública, existe o que é denominado como ciclo da política pública, que é constituído por etapas que ocorrem de forma interrelacionadas, nelas os gestores públicos se envolvem com a finalidade de formular propostas e alcançar os objetivos e metas. As etapas do ciclo são organizadas de forma sequencial e interdependentes, sofrendo algumas variações.

Vale ressaltar que nem sempre as etapas expressam a realidade de sua concretização. A partir dos estudos pode-se compreender que uma das definições e sequencia desse ciclo é: 1) Identificação do problema; 2) Construção da agenda; 3) Formulação de alternativas; 4) Implementação da política; e 5) Avaliação (BRANCALEON et al., 2015; DALFIOR, 2015; BARREIRO, FURTADO, 2015).

A fase de implementação de uma política pública, conforme o ciclo mencionado é o quinto momento, na maioria das vezes é nele que aparece os problemas muitas vezes 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, pôr em prática as ações e monitorá-las (PAIVA, 2016). Segundo Dalfior (2015, p. 220), a fase da implementação 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.

Ao estudar a implementação de uma política pública torna-se possível analisar os obstáculos e as falhas que aparecem e afetam as diferentes políticas públicas, além disso, dá condições para que erros sejam detectados e corrigidos nas tomadas de decisões. É preciso pensar também nos fatores e nas condições específicas que influenciariam as ações e decisões tomadas, analisando o contexto da política em questão e os fatores que incidem sobre ela e a determinam (SECCHI, 2010). Lotta (2019) afirma que:

(...) a questão central desses estudos é compreender: por que há (e quais são) diferenças entre os objetivos planejados e os resultados alcançados? Ela se propõe, portanto, a abrir a caixa preta dos processos de concretização das políticas públicas, compreendendo as decisões ali tomadas e as consequências dessas decisões (2019, p.13-14).

Vale ressaltar também, neste estudo, que violência não é um problema restrito à política de saúde e exige um trabalho realizado em uma rede de serviços. Essa 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 dessas políticas públicas deve ser feita de forma ampla e articulada em diferentes esferas (BRASÍLIA, 2010).

O atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual nos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro

O eixo definido como Disponibilidade de Recursos possui três categorias: **instalações disponíveis na rede de saúde; Sistema de Garantia de Direitos; capacitação.**

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 entrevistados, atualmente, **todas as unidades devem atender vítimas de abuso sexual**, para tanto a atenção básica e os hospitais de emergência possuem o kit violência que contém todas as medicações necessárias para casos de violência sexual. Caso alguma unidade não tenha o kit disponível, deve-se seguir o fluxo, que orienta solicitar na rede.

Com a lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013, conhecida como a “Lei do minuto seguinte”, o atendimento imediato e obrigatório para vítimas de violência sexual passou a ser realizado em todos os hospitais da rede SUS, os quais devem oferecer atendimento emergencial, tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes da violência. O artigo 3º da lei prevê:

O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

- I - Diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;
- II - Amparo médico, psicológico e social imediatos;
- III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;
- IV - Profilaxia da gravidez;
- V - Profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;
- VI - Coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;
- VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

Embora a legislação de 2013 tenha trazido uma importante mudança no atendimento para vítimas de violência sexual, é importante dizer que a SMS Rio possui uma longa trajetória no que diz respeito ao trabalho com vítimas de violência iniciado na década de 1990. Assim, o marco para esse tipo de trabalho na SMS Rio foi o ano 1996, quando a gestão municipal realizou o *Seminário Violência contra crianças e adolescentes: O olhar da saúde* e publicou a edição da revista *Saúde em Foco*, cujo tema foi *Violência Social – O olhar da saúde* (SMS Rio, 2016).

No ano de 1996, a SMS Rio e Secretaria Estadual de Saúde (SES RJ) implantaram a ficha de notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, atuava-se em conjunto com os Conselhos Tutelares e outras unidades. A ficha serviu como orientador para o trabalho que seria realizado pelo Ministério da Saúde, para consolidar a notificação em todo o território nacional em 2001. Em 2004, foi regulamentado o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências, ajudando na ampliação do atendimento para as violências, junto à constituição dos Grupos de Apoio Regional (GAR) (SMS Rio, 2016; DESLANDES, 2002).

Os profissionais afirmam que a **rede tem fragilidades**. Eles apontam que são evidentes as dificuldades no setor de saúde mental e nas arti-

culações entre os serviços, os vínculos muitas vezes são estabelecidos por meio de relações pessoais.

Sobre o trabalho em rede, Meirelles e Silva (2007) afirmam que nela os profissionais devem colocar 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 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, essas possuem mais facilidades para os profissionais e usuários, porém são frágeis.

Quando se trata de atuação frente às situações de violências, o trabalho em rede requer o rompimento com o modelo fragmentado, é preciso buscar a comunicação entre os setores, com entrelaçamento das possibilidades, fortalecimento de potencialidades, suporte para as iniciativas de enfrentamento e prevenção da violência, conforme aponta Netto e Deslandes (2016). É importante ressaltar também que existem dificuldades no trabalho em rede, nesse sentido, Gonçalves et al (2015) apontam como problemas as: (...) divergências dos objetivos das instituições, deficiência de articulação, falta de normatização da assistência, isolamento dos serviços, inexistência de fluxo e de qualificação profissional (GONÇALVES et al., 2015, p.980).

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 (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 por meio 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). Netto e Deslandes (2016) afirmam que, embora o Estratégia Saúde da Família seja um instrumento importante no que diz respeito à prevenção e enfrentamento da violência, mesmo com sua expansão, ainda há pouca atuação com esse tipo de atendimento.

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. Tal serviço tem como objetivo apurar os fatos, evitar revitimização das vítimas e 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).

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.**

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. 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.

Deslandes e Campos (2015) afirmam que 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. Para Batista e Santos (2012), este órgão cumpre determinadas medidas de proteção para crianças e adolescentes vítimas de violência. Segundo os entrevistados **o conselho tutelar determina as ações que serão realizadas pelo hospital.**

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. Isso corrobora a compreensão de Rosa e Lira (2012) que considera a família como a primeira rede de apoio existente na vida das crianças e adolescentes. Juntamente com as amizades, ela desempenha um papel importante emocionalmente para este público e se configura como rede de apoio social. Essas redes, sejam sociais ou afetivas, desempenham um papel importante principalmente quando se trata de prevenção da violência.

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; e (c) 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. 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, pois, conforme visualizam as falhas dos profissionais no cotidiano, eles fazem capacitações para melhoria do serviço.

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.

Para Vieira et al (2014), é necessário realizar capacitação contínua 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).

Netto e Deslandes (2016), ao tratar do tema da capacitação sobre violência, identificaram que a maioria dos cursos de saúde não contemplam a discussão referente a violência no currículo. A consequência disso é que, muitas vezes, os profissionais encontram-se sem o devido preparo para desenvolver ações que tenham impacto efetivo na saúde das vítimas e dos perpetradores de violência. Segundo Moreira et al (2016), essa lacuna na formação tem outros impactos como a realização de um trabalho em perspectiva integral, emancipatória e intersetorial. Pereira et al (2014) ressaltam a importância das universidades, pois elas têm o papel de formar profissionais capazes de atender as situações de violências e de criarem medidas preventivas.

Outra questão importante para os entrevistados é o **suporte dos gestores que é dado por meio de capacitação, diálogo e esclarecimento de dúvida aos profissionais**. Os profissionais também contam com o Grupo Articulador Regional (GAR), esse foi resultado da implantação do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências pela SMS Rio e da Portaria “P” 1.507 de 20 de outubro de 2009. O GAR, segundo a SMS Rio (2016), é um espaço para planejamento e monitoramento à atenção de pessoas em situação de violência, e possibilita a supervisão técnica das equipes.

Considerações finais

Este artigo pretendeu apresentar um recorte de uma pesquisa mais ampla analisando a disponibilidade de recursos nos serviços de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na perspectiva dos profissionais e gestores de duas unidades da rede de saúde do município do Rio de Janeiro.

A partir dos sentidos atribuídos pelos profissionais e gestores das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, observa-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 esse tipo de atendimento e estar equipada com o kit de medicamentos. Considera-se que a lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013 trouxe um grande avanço e contribuiu para a ampliação do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na saúde. Entretanto, é importante considerar que ainda existem fragilidades na rede de atendimento 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 SG-DCA é o Conselho Tutelar que, segundo os profissionais, consegue garantir as medidas de proteção, mas tem problemas de comunicação, devido à demora nas respostas. Para os entrevistados, uma conquista importante na rede de atendimento da saúde foi o CAAC que favorece a intersetorialidade, englobando em um único local o atendimento médico e policial para as vítimas e suas famílias.

Nota-se que houve capacitações na SMS/RJ no período abordado pela pesquisa, porém os profissionais que estão diretamente ligados ao atendimento não participaram. O tema do abuso sexual contra crianças e adolescentes foi tratado como um dos eixos dos cursos oferecidos. Identificou-se que os gestores valorizam as capacitações baseadas nas necessidades do cotidiano profissional para melhoria de procedimentos

institucionais, em detrimento de uma política de educação permanente. Sobre as capacitações, compreendeu-se nesse estudo que há uma lacuna na formação dos profissionais de saúde, devido à falta de abordagem do tema violência nos currículos dos cursos.

Por fim, compreendeu-se com esta pesquisa que o 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. Esse tipo de violência devido à sua dimensão e consequências para as vítimas necessita de atuação qualificada na área da saúde em articulação com as demais políticas públicas.

Referências

BARREIRO, Guilherme Scodeler de Souza; FURTADO, Renata Pedretti Moraes. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. *Rev. Adm. Pública*, vol.49 no. 2, p. 293-314, 2015.

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*, v. 4, n. 2, p.116-125, 2012.

BRANCALEON, Brigida Batista; YAMANAKA, Jessica Suzuki; CASTRO, José Marcelo de; CUOGHI, Kaio Guilherme, PASCHOALOTTO, Marco Antonio Cattus. *Políticas Públicas Conceitos Básicos*. Ribeirão Preto: USP, 2015.

BRASIL. *Abuso sexual contra crianças e adolescentes – Abordagem de casos concretos em uma perspectiva multidisciplinar e interinstitucional*. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021.30 p.

BRASIL. 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).

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

BRASILIA. 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: Ministério da Saúde, 2017. 218 p.

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.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, p.1163-1178,2007.

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, 2015.

DESLANDES, Suely Ferreira. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 196 p.

DESLANDES, Suely. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n.1, p.177-187, 1994.

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 & Saúde Coletiva*, v.20, n. 7, p. 2173- 2182, 2012.

GABEL, Marceline. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus, 1997.

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*. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. p.67-80.

GOMES, Romeu; SOUZA, Edinilsa Ramos.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Processamento, análise e interpretação de dados: O desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.185-221.

GONÇALVES, Cláudia Fabiane Gomes; SILVA, Lygia Maria Pereira; PITANGUI, Ana Carolina Rodarti; SILVA, Cintia Cibele da; SANTANA, Marcela Virgínia de. Ação em rede para o cuidado das vítimas adolescentes de violência: desafios e possibilidades. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 24, n.4, p. 976-983, 2015.

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*, v.10, n. 37, p. 1-11, 2015.

LOTTA, Gabriela. *Teoria e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil*. Brasília: ENAP, 2019.

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

MINAYO Maria Cecília de Souza. *Violência: um problema para a saúde dos brasileiros*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, Kathie.; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 21-42.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 9-28.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MOREIRA, Gracyelle Alves; FREITAS, Kerma Márcia; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; SILVA, Raimunda Magalhães. Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 3, p.1039-1055, 2018.

NAÇÕES UNIDAS. *Cerca de 1 bilhão de crianças no mundo são vítimas da violência todos os anos*. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/06/1717372>. Acesso em 10 Ago. 2021.

NETTO. Moysés Francisco Vieira; DESLANDES, Suely. Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p.1583-1595, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. *Resumen del informe sobre la situación regional 2020: Prevenir y responder a la violencia contra las niñas y los niños en las Américas*. Washington, D.C., 2020. 27.p.

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

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. p. 25-34.

PEREIRA, Stephanie; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 02, p. 315-320, 2014.

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. p. 262-285.

ROSA, Edinete Maria; LIRA, Margaret Olinda de Souza Carvalho e. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: rede de apoio e superação. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, v. 22, n. 2, p. 246-252, 2012 .

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

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Enfrentamento da violência: Contribuições da Secretaria Municipal de Saúde para a cidade do Rio de Janeiro*. Disponível em: <https://issuu.com/asasrio/docs/enfrentamentodaviolencia>. Acesso em: 13 ago. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Indicadores da notificação de violência (interpessoal e autoprovocada) em Residentes do Município do Rio de Janeiro. (adolescentes de 10 a 19 anos)*. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9338214/4320103/ViolenciaAdolescente.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Indicadores da notificação de violência (interpessoal e autoprovocada) em Residentes do Município do Rio de Janeiro (criança de 0 a 9 anos)*. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9338214/4320105/ViolenciaCrianca.pdf>. Acesso em 26 de jun. 2021.

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*. Brasília: Unicef, 2005.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; SILVA, Raimunda Magalhães da; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; DESLANDES, Suely Ferreira. 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, 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.

Notas

- 1 Mestre em Serviço Social pela PUC Rio. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da PUC- Rio, apoiada pela FAPERJ através do Programa Bolsa Nota 10, orcid 0000-0002-6607-1173, Brasil, e-mail: taiane.damasc@gmail.com.
- 2 Doutora em Política Social, Docente do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio, orcid 0000-0002-5827-6355, Brasil, e-mail: arianepaiva@puc-rio.br.
- 3 Doutora em Ciências da Saúde, Docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, orcid 0000-0001-8236-0330, Brasil, e-mail: ludmila.ufrj@gmail.com.
- 4 Dissertação de mestrado acadêmico defendida na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC Rio) em 2018.
- 5 O CAAC é definido como uma projeção da Delegacia de Atendimento à Criança do 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. Este tipo de serviço é semelhante aos que funcionam no Rio Grande do Sul e nos Estados Unidos da América (EUA) (CHILDHOOD BRASIL, 2017).
- 6 No relatório concluiu-se que é necessário fortalecer a implementação de planos de ação e as leis para enfrentar a violência contra as crianças. Entende-se que houve um progresso, porém ainda é desigual, pois segundo os dados do relatório, somente 37% dos países relataram apoio às abordagens de fortalecimento econômico e de renda para prevenir a violência contra crianças. No relatório também se afirma, que o acesso aos programas e serviços para prevenir e responder à violência ainda é ínfimo, pois poucas crianças conseguem utilizá-los. Mais de 90% dos países afirmam que possuem serviços clínicos para sobreviventes de violência sexual, no entanto apenas 26% conseguem atender a todos ou quase todos os que precisam dos serviços. E sobre os serviços de saúde mental, apenas 16% alcançam todos ou quase todos que precisam.