



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**Abuso Sexual Infantojuvenil:
a atuação da Secretaria Municipal de
Saúde e Defesa Civil do Rio de
Janeiro para garantir o atendimento
especializado das vítimas**

Ana Cristina Wanderley da Paixão

**Rio de Janeiro
março de 2011**



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**Abuso Sexual Infantojuvenil:
a atuação da Secretaria Municipal de Saúde
do Rio de Janeiro para garantir o
atendimento especializado das vítimas**

Ana Cristina Wanderley da Paixão

Tese apresentada à
Pós-graduação em
Saúde da Criança e
da Mulher, como
parte dos requisitos
para obtenção do
título de Doutor

Orientadora: Prof^a. Dra. Suely Ferreira Deslandes

Rio de Janeiro
março de 2011

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

P142a Paixão, Ana Cristina Wanderley da
Abuso sexual infanto-juvenil: a atuação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para garantir o atendimento especializado das vítimas / Ana Cristina Wanderley da Paixão. – 2011.
97 f. : tab.

Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , RJ, 2011.

Orientador :Suely Ferreira Deslandes

Bibliografia: f. 58 - 64

1. Políticas públicas de saúde. 2. Violência sexual. 3. Maus-tratos sexuais infantis. I. Título.

CDD - 22ª ed. 362.1

À meu pai (*in memoriam*), que sempre me incentivou a lutar pelos meus sonhos e me ensinou a vencer os obstáculos com perseverança e paciência. Apesar de fisicamente ausente, me acompanhou e iluminou nos momentos mais difíceis desta trajetória.

À minha mãe, meu orgulho e exemplo de mulher. Eternos agradecimentos por seu amor integral, incentivo permanente, capacidade de compreensão pelo tempo e atenção que lhe foram roubados e por ter acreditado no meu sonho.

Agradecimentos

Durante os quatro anos que fiz meu doutorado recebi apoio de inúmeras pessoas, às quais sou eternamente agradecida. Torna-se uma tarefa complicada expressar numa simples folha de papel meu reconhecimento e gratidão a todos aqueles que me ajudaram a trilhar esta longa jornada.

Meus professores da pós-graduação, incentivadores do meu trabalho, sempre dispostos a contribuir com seus conhecimentos e conselhos. Os funcionários da Secretaria Acadêmica, que muito me aturaram e de tudo fizeram para atender às minhas solicitações e questionamentos, de forma gentil e prestativa. Os membros da Secretaria Municipal de Saúde e Direção das unidades onde realizei meu trabalho de campo. Meus entrevistados, os grandes responsáveis pela construção desta tese, que me disponibilizaram parte de seu precioso tempo com imensa boa-vontade e atenção. Os membros da minha Banca Examinadora, que acompanharam e estimularam minha pesquisa desde o primeiro momento até o seu desfecho. Minha família, que sempre demonstrou seu orgulho e apreço pelo que fiz nesses quatro anos. Meus amigos, que procuraram entender minhas ausências, meu cansaço e eventual mau-humor.

A vocês o meu profundo reconhecimento e eterno obrigado.

Entretanto, não posso deixar de expressar minha gratidão a algumas pessoas que tiveram uma participação especial nesta trajetória.

Minha amiga e orientadora Prof^a Dra. Suely Ferreira Deslandes, a principal responsável por tudo o que construí nesses quatro anos. Integralmente presente, atuando nos momentos certos, me mostrou, pacientemente, todos os caminhos a percorrer,

mantendo sempre o cuidado de não abafar a minha personalidade, nem sempre fácil. Suas críticas, sempre construtivas, eram feitas sob eterno bom humor, de forma generosa e doce, até mesmo aos meus erros repetitivos. Nunca conseguirei lhe agradecer o suficiente pela amizade, carinho, atenção e competência.

Minha irmã de coração, Dra. Sandra de Oliveira Barbosa, sempre presente em minha vida, compartilhando minhas vitórias e meus fracassos, transformando minhas inseguranças em desafios a serem vencidos. Eterna amiga...

Minha incansável amiga e companheira de sofrimento, Dra. Leda Amar de Aquino, que participou ativamente de todos os passos desta jornada. Grande incentivadora de meu trabalho, nunca poupou esforços para me ajudar, fosse através de palavras de incentivo, sugestões ou críticas construtivas. Tantas vezes abriu mão de seus afazeres para me oferecer palavras de carinho e estímulo... Sua amizade é um aconchego.

Minha parceira de doutorado, Jeanne Lima, que tantas vezes se dispôs a me socorrer, inclusive em seus momentos de lazer familiar, ajudando com as planilhas, fornecendo material de pesquisa ou criticando trechos mal rascunhados. Sua amizade e ajuda foram fundamentais na elaboração desta tese.

Meu coração é vosso...

Lista de Siglas

ABRAPIA – Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência.

ACE – Anticoncepção de Emergência.

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

APs – Áreas Programáticas.

BO – Boletim de Ocorrência Policial.

CDMA – Conselheiros de Direitos da Criança e do Adolescente.

CECRIA – Centro de Referências, Estudos e Ações contra Crianças e Adolescentes.

CEDCA – Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente.

CEDECA-BA – Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Ives de Roussan – Bahia.

CMS – Centro Municipal de Saúde.

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social.

CONANDA – Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente.

CP – Código Penal.

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito.

CPP – Código de Processo Penal.

CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social.

CT – Conselho Tutelar.

DPCA – Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente.

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EMBRATUR – Instituto Brasileiro de Turismo, antiga Empresa Brasileira de Turismo.

FIA – Fundação da Criança e do Adolescente.

FORUM DCA – Fórum dos Direitos da Criança e do Adolescente.

GT – Grupo de Trabalho.

H.DIA – Hospital Dia.

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

HMAF – Hospital maternidade Alexandre Fleming.

HMCD – Hospital Maternidade Carmela Dutra.

HMFm – Hospital Maternidade Fernando Magalhães.

HMJ – Hospital Municipal Jesus.

HMMC – Hospital Municipal Miguel Couto.

HMON – Hospital Maternidade Oswaldo Nazaré.

HMRPS – Hospital Municipal Raphael de Paula Souza.

IBISS – Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social.

IML – Instituto Médico-Legal.

MNMMR – Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua.

MRJ – Maternidades do Rio de Janeiro.

NAV – Núcleo de Atenção à Violência.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ONG – Organização Não Governamental.

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde.

PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos.

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

PAIR – Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil em Território brasileiro.

PNEVSCA – Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.

PSF – Programa de Saúde da Família.

RECRIA - Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente de Caxias do Sul.

SEAS – Secretaria de Estado de Assistência Social.

SECABEX – Serviço de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual.

SEDH – Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

SIPIA – Sistema de Informação Para Infância e Adolescência.

SMSDC-RJ – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

UISHP – Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância.

USAID – Agencia Norte-Americana para o Desenvolvimento Nacional.

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.

Resumo

Esta tese tomou como objeto de estudo as ações implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para garantir atendimento especializado às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual, suas famílias e autores da agressão, visando analisá-las sob a ótica dos gestores de nível central da Secretaria e dos diretores e profissionais de saúde de três instituições municipais de referência para o atendimento desses pacientes. A metodologia geral adotada foi a análise qualitativa por triangulação de métodos. A técnica de entrevista foi complementada por questionário descritivo. Os resultados foram dispostos em três artigos. O primeiro constou de uma análise documental conduzida pelo método de análise do conteúdo, onde foram discutidos os limites e potencialidades das ações do então chamado Programa Sentinela, com o objetivo de proceder a uma revisão das primeiras repercussões do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes e a ação da rede destacando um dos importantes parceiros do setor Saúde. O segundo apresentou um estudo de caso das ações constituídas pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro a nível central, para garantir atendimento especializado às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, seus familiares e autores da agressão. O estudo envolveu gestores das Gerências de Programa da Mulher, do Adolescente e da Criança, membros do Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Assessoria de Promoção da Saúde e Superintendência de Atenção Primária do nível central da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. O terceiro artigo fez uma análise das condições reais de atendimento à população infantojuvenil vitimizada em três unidades de referência municipais, uma de emergência, uma de acompanhamento de crianças e outra de seguimento de adolescentes, sob a ótica dos gestores e profissionais locais. Resultados: Verificou-se uma frágil articulação do então denominado programa Sentinela com a Saúde, com deficiência de encaminhamentos e interlocução. As ações da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro mostraram-se mais voltadas para as vítimas, e de forma coadjuvante às famílias. A assistência ao agressor depende da parceria com organizações não governamentais. Apesar de engajada no combate à violência sexual, gestores da Secretaria nem sempre conhecem os documentos oficiais instituídos para a temática, enfraquecendo, com isso, as políticas de enfrentamento. Dentro do nível central ainda existe uma lacuna na interlocução dos gestores de programas que prejudica a efetivação de projetos e uniformidade de ações. Segundo os profissionais, as capacitações oferecidas, apesar de presentes, são assistemáticas, pontuais e não documentadas. As unidades apresentam problemas de espaço físico e déficit de recursos humanos. Parte dos profissionais que atuam no atendimento referem nunca ter recebido capacitações para a temática e outros, já capacitados sentem falta de uma atualização periódica e permanente. Conclui-se que, apesar de todos os investimentos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para fornecer atendimento às vítimas, ainda se fazem necessários ajustes em vários níveis, dotados de complexidade diversa para se prover uma assistência de qualidade a crianças e adolescentes em situação de violência sexual, seus familiares e também aos autores desta forma de violação.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde; violência sexual; abuso sexual de criança.

Abstract

This thesis took as its object of study the actions taken by the Municipal Health and Civil Defense of Rio de Janeiro to ensure specialized care to children and adolescent victims of sexual violence, their families and perpetrators of aggression in order to analyze them from the perspective of the central level managers of the City Department of Health and directors and health professionals from three local institutions of reference for the attendance of these patients. The general methodology adopted was the qualitative analysis by triangulation methods. The interview technique was complemented by descriptive questionnaire. The results were arranged in three articles. The first consisted of a documentary analysis conducted by the method of analysis of content, where the limitations and potentialities of the actions of the formerly called Programa Sentinela were discussed, with the objective to proceed to a revision of the first repercussion of the National Plan to Combat Sexual Violence against Children and Adolescents and the action of the assistance net highlighting one of the important partners of health sector. The second presented a case study of the actions made by the central level of the City Department of Health and Civil Defense of Rio de Janeiro to ensure specialized attendance to the children and adolescents victims of sexual violence, their families and perpetrators of aggression. The study involved managers of the Programs for Women, Adolescents and Children, members of the Rights Council of Children and Adolescents, Office of Health Promotion and Supervision of Primary Attention of the central-level of the City Department of Health and Civil Defense of Rio de Janeiro. The third article made an analysis of the actual conditions of attendance of the children and teenagers sexually victimized in three municipal units of reference, an emergency, one of accompaniment of children and one for follow-up of adolescents under the perspective of local managers and professionals. Results: There was a weak articulation between the formerly called Programa Sentinela and the Health System, disabled referrals and a lack of dialogue. Shares of the City Department of Health were more focused on the victims, placing the families in a secondary position. The assistance to the aggressor depends on partnership with nongovernmental organizations. Although engaged in the combat against sexual violence, the Department managers don't have much knowledge about the official documents on the subject, weakening thereby the politics of confrontation. Within the central level there is still a gap in the interaction of program managers that affect the execution of projects and the uniformity of actions. According to the professionals, the training offered, although present, are unsystematic and not documented. The units have problems of space and lack of human resources. Part of professionals working in care refers having never received training related to the theme and others already trained miss a periodic and permanent update. One concludes that, despite all the investments made by the City Department of Health and Civil Defense of Rio de Janeiro to provide attendance to the victims, adjustments are still needed at various levels, endowed with diverse complexity, to provide assistance with quality to children and adolescents in situations of sexual violence, their families, and the authors of this form of abuse.

Keywords: health public policies; sexual violence; child abuse, sexual.

Sumário

Capítulo 1 – Construção do Plano de Tese	12
1.1 – Introdução	13
1.2 – Objetivos	17
1.2.1 – Geral	17
1.2.2 – Específico	18
1.3 – Justificativas	18
1.4 – Marcos Referenciais	21
1.4.1 – Abuso sexual infantojuvenil	21
1.4.2 – Políticas públicas e ações para o enfrentamento do abuso sexual infantojuvenil no Brasil.	28
1.4.3 – Políticas e ações para o enfrentamento do abuso sexual no estado do Rio de Janeiro	41
1.4.4 – Políticas e ações da Saúde para o enfrentamento do abuso sexual infantojuvenil no município do Rio de Janeiro	44
1.5 – Metodologia	47
1.5.1 – Operacionalização do Estudo	48
Capítulo 2 – Coletânea de Artigos	51
2.1 – Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil	
2.2 – Abuso Sexual Infantojuvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento	
2.3 – O atendimento ao abuso sexual de crianças e adolescentes em três hospitais municipais do Rio de Janeiro	
Considerações Finais	52
Referências Bibliográficas	58
Apêndice 1 – Comitê de Ética	65
Apêndice 2 – Termo de consentimento	66

Apêndice 3 – Roteiro de entrevista com gestores da SMSDC – RJ	68
Apêndice 4 – Roteiro de entrevista com os gestores (diretores) e profissionais de saúde das unidades	70
Apêndice 5 – Questionário para os gestores (diretores) e profissionais das unidades/responsáveis pelo atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual	71

Capítulo 1

Construção do Plano de Tese

Todas as crianças e adolescentes têm direito a uma vida saudável e livre de violências. Este princípio paradigmático é compartilhado por boa parte das sociedades mundiais. Entretanto, a prevenção e o enfrentamento das várias formas de violência têm-se revelado árduas tarefas, com resultados ainda abaixo das expectativas.

Segundo relatório do United States Department of Health & Human Services¹, em 2006 aproximadamente 905.000 crianças foram vítimas de maus-tratos nos Estados Unidos, 16% delas por abuso físico, 8,8% por abuso sexual e 6,6% por violência psicológica.

Dentre os vários tipos de violência infantojuvenil, o abuso sexual possui algumas características que o tornam singular. Além de incorporar o abuso psicológico, eventualmente o abuso físico e por vezes a negligência, ele é freqüentemente encoberto por um manto de silêncio, onde a criança se cala, a família esconde, o profissional não enxerga e a sociedade se omite².

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde³ (OMS), estimou que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos foram obrigados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveram contato físico.

Os dados brasileiros sobre este agravo ainda se encontram dispersos e sub-notificados. No município do Rio de Janeiro, de 2002 a 2005, foram atendidos pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) 1194 casos de abuso sexual, 1062 deles acometidos contra crianças entre 0 e 14 anos⁴.

Segundo o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado pelo Ministério da Saúde em 27 municípios brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde, no período de 2006 e 2007, de 1.939 registros de violência contra crianças e

2.370 registros contra os adolescentes nos serviços de referência para coleta de dados, 845 (44%) e 1.335 (56%) respectivamente foram por violências sexuais⁵.

Em seu relatório de janeiro a novembro de 2010, o Disque Denúncia registrou 34.716 denúncias de violência nas unidades federadas, 7804 delas por abuso sexual, sendo 78% das vítimas do sexo feminino. Em termos de distribuição geográfica dos registros deste agravo, 781 eram provenientes da região norte, 2.877 da região nordeste, 2.395 do sudeste, 999 da região sul, 736 da centro-oeste e 16 de unidades federadas não informadas⁶.

Em termos ampliados da consolidação de políticas públicas, o abuso sexual infantojuvenil passa, em 2000, a configurar na agenda federal, quando na cidade de Natal reuniram-se participantes governamentais dos três poderes, membros dos Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente, organizações civis e organismos internacionais para discutir esta temática, visando elaborar diretrizes e estratégias para o seu enfrentamento no País. Como um Termo de Compromisso é então criada a “Carta de Natal”, em cujo contexto são ditadas normas que orientam não só a criação de um plano único nacional, mas também as responsabilidades e deveres de cada organização nele envolvida, seja ela federal, estadual, municipal ou civil⁷. Além disso, aponta que para se levar a termo uma estratégia de tal monta é imprescindível a criação de determinados mecanismos sociais, a participação ativa dos três poderes e, fundamentalmente, o desenvolvimento de cooperação e respeito mútuo dos setores implicados e sensibilização dos atores participantes.

Como fruto deste encontro institui-se então, no mesmo ano, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA)⁸. Este plano, que será mais detalhado adiante, expressa o papel da sociedade civil, dos três poderes do governo e organismos internacionais como protagonistas no estabelecimento

de um estado de direitos para a proteção da população infantojuvenil em situação de violência sexual. Suas diretrizes seriam disseminadas sob a forma de planos estaduais e municipais.

Essa política foi baseada nos conceitos de descentralização e municipalização, cabendo às instâncias federais promover as articulações e mediações entre os estados, fomentando projetos e programas de apoio técnico e financeiro de forma a universalizar a atenção e cuidados às crianças e adolescentes em situação de violência sexual através de uma agenda comum. Aos estados caberia apoiar a implementação do seu plano, articular ações para assegurar a intersetorialidade, viabilizar oferta de serviços e de ações complementares, apoiar os municípios e mediar as relações entre os sistemas municipais. Os municípios seriam responsáveis pela articulação entre os diversos órgãos locais envolvidos no processo e organização e oferta de serviços especializados para a população em questão. Esse trabalho conjunto daria origem a uma rede integrada de proteção⁸.

Com um histórico bastante atuante na luta contra o abuso sexual, o Estado do Rio de Janeiro, em dezembro de 2002, através da mobilização do seu Fórum de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes e articulação com o Poder Legislativo, realiza um seminário para a elaboração de um Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes para o Rio de Janeiro, conforme os moldes pré-estabelecidos pelo Plano Nacional⁸. Este plano, aprovado em maio de 2004, teve sua execução liberada pelo Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente somente em maio de 2006, mediante a deliberação CEDCA-RJ – nº 744/09⁹.

Por sua vez, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), visando corroborar no fortalecimento do enfrentamento e prevenção da

violência doméstica e entendendo a importância de qualificar a prática dos profissionais de saúde vem, desde 1996, com o apoio de diversos parceiros, investindo em grupos de trabalho, seminários, publicações, mídia e treinamento de profissionais no afã de sensibilizar, favorecer a prevenção, identificação e abordagem das situações de maus-tratos nas unidades da rede municipal de saúde^{10, 11}.

No que concerne o atendimento às vítimas de abuso sexual, a SMSDC-RJ tem investido na qualificação da rede criando um fluxo de atendimento à violência sexual, definindo, inclusive, unidades ambulatoriais como referência ao atendimento de adolescentes do sexo masculino¹¹.

Dado que já existem parâmetros claros e propostas de atuação consolidadas no Plano Nacional e no Plano Estadual de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, e já se aglutinam ações da Secretaria Municipal de Saúde para o atendimento às vítimas de abuso sexual, cabe, então, colocar em debate a atuação e as respostas às demandas de atendimento que o setor saúde municipal tem conseguido construir. **Para tal, tomou-se como objeto de estudo as ações implementadas pela SMSDC-RJ para garantir atendimento especializado às crianças e às adolescentes vítimas de violência sexual, suas famílias e autores da agressão**, levando em consideração que este é um dos objetivos específicos dos Planos Nacional e Estadual de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes⁸ (p.18). Este estudo teve como foco a população feminina, não desconhecendo que a violência sexual infantojuvenil masculina é menos notificada e lamentavelmente, ainda pouco pesquisada, por suas vinculações com uma cultura de gênero machista e hegemônica.

Visando analisar o contexto da atuação da SMSDC-RJ para garantir a assistência dessas vítimas, esta pesquisa estabeleceu o primeiro objetivo específico com o intuito de identificar os desdobramentos iniciais do eixo atendimento do Plano Nacional. Ele

aponta o cenário da ação governamental para o atendimento, demarcando os principais atores da época: o setor Saúde e o de Assistência Social. Os demais objetivos focam as ações do nível central da SMSDC-RJ, bem como retrata as condições de atendimento em serviços de referência da rede pública.

O presente capítulo retrata a construção do objeto da tese e a exposição da proposta investigativa. Consta do primeiro item uma breve apresentação dos objetivos geral e específicos desta pesquisa. No segundo são alegadas as justificativas de ordem pessoal, social e científica que motivaram este tema.

O terceiro item aborda os marcos teóricos nos quais o estudo foi ancorado, onde são discutidas características e repercussões da violência sexual e a evolução das principais políticas públicas sobre o tema no Brasil, estado e município do Rio de Janeiro.

O quarto foca a metodologia geral utilizada e relata, de forma sumária, os três artigos que expõem e concretizam os objetivos propostos nesta tese.

O segundo capítulo apresenta os três artigos na sua integralidade e no último capítulo são tecidas as considerações sobre os achados de pesquisa e sugestões.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Analisar as ações promovidas pela SMSDC-RJ para garantir o atendimento especializado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sob a ótica dos gestores de nível central da Secretaria e dos diretores e profissionais de saúde de instituições municipais de referência para o atendimento desses pacientes

1.2.2 Específicos

1. Discutir as potencialidades, limites e inter-relações do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no seu eixo atendimento com o Programa Sentinela, através de análise documental.

2. Identificar e analisar as ações empreendidas pela SMSDC-RJ segundo sua consonância às orientações oficiais do Plano Nacional/Estadual.

3. Analisar as ações da SMSDC-RJ no que tange o estabelecimento de articulações intra e inter-setoriais.

4. Identificar se houve iniciativas empreendidas pela SMSDC-RJ para o monitoramento e avaliação das suas ações em relação ao atendimento especializado e em caso afirmativo, analisá-las.

5. Identificar se a SMSDC-RJ ofereceu capacitações aos profissionais que lidam com este tipo de abuso e em caso afirmativo, analisá-las no que se refere ao seu planejamento, conteúdo, cobertura, público-alvo, periodicidade e resultados.

6. Caracterizar os recursos (organizacionais, humanos e técnicos) e condutas existentes para o atendimento especializado em hospitais da rede própria da SMSDC-RJ para o 1º atendimento e acompanhamento especializado às vítimas, familiares e autores da agressão.

1.3 Justificativas

Minha trajetória no tema teve início no ambulatório de ginecologia infantopuberal do Instituto Fernandes Figueira, pelo qual sou responsável, quando comecei a atender meninas e adolescentes vítimas de violência sexual. Sentindo a necessidade de aprofundar meus conhecimentos em assunto tão complexo, resolvi fazer

meu mestrado (2002/2003) estudando a relação médico-paciente diante do abuso sexual infantil. Dando continuidade a este tipo de atendimento, verifiquei, na prática diária, que várias famílias apresentam dificuldades para manter sua adesão aos seguimentos propostos, necessitando de encaminhamentos para a rede de serviços que preste atendimento especializado nas imediações de suas residências, seja ele médico, psicológico ou social. Perante tal situação, a condução destas pacientes para a rede assistencial municipal se torna extremamente difícil, seja por falta de cobertura nos locais, falta de articulação entre as instituições que prestam atendimento ao abuso sexual no município ou mesmo por superlotação local com ausência de prioridade para este tipo de atendimento. Acresce-se o fato que o Instituto Fernandes Figueira não oferece atendimento ao autor da agressão e pouco se conhece sobre os serviços e tipos de oferta de assistência ao mesmo no âmbito municipal, a não ser por raras instituições não governamentais. Optei então por pesquisar dentro do município do Rio de Janeiro quais as ações realizadas pelo setor Saúde para garantir o atendimento desta população.

A SMSDC-RJ vem, nas últimas décadas, adotando políticas e programas para o enfrentamento da violência sexual de crianças e adolescentes. Entretanto, devido à complexidade do tema, suas peculiaridades e exigências, ainda são muitas as barreiras para atingir este objetivo de forma satisfatória¹².

A estruturação das redes de atendimento, a dificuldade de articulação entre elas e os outros setores obrigatoriamente envolvidos na garantia dos direitos da população infantojuvenil e a escassez de profissionais adequadamente capacitados são apenas alguns dos obstáculos encontrados. Somam-se a esses entraves o desconhecimento dos próprios profissionais da rede sobre o fluxo de atendimento estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde¹³ e sobre as condutas estabelecidas pela Norma Técnica, privando-

os de conhecimentos que permitam aprimorar seus procedimentos e estimulem o processo de notificação.

Ao propor um exercício crítico das ações empreendidas pela SMSDC-RJ, este estudo visa colaborar com o aprimoramento das políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, contribuindo ainda para o controle social destas iniciativas.

Sob o ponto de vista científico, esta pesquisa vai ao encontro de orientações estabelecidas por organismos internacionais e nacionais como a OMS, Ministério da Saúde e outros, que incentivam os estudos sobre a situação das várias modalidades de violência e das ações voltadas para o cuidado de suas vítimas. Torna-se, portanto, necessário avançar em sua detecção, prevenção e atendimento, assim como no conhecimento de sua magnitude e no desenvolvimento de metodologias de informação e investigação. A própria OMS¹⁴ ressalta ainda a importância das contribuições do setor público bem como a necessidade de incrementar o compromisso do setor saúde.

Outrossim, observa-se que a literatura nacional sobre a temática tem dado maior ênfase a problemas que relacionam o abuso com seus fatores predisponentes e desdobramentos precoces e tardios, investindo, em menor escala, em estudos sobre as ações governamentais implementadas para o atendimento daqueles submetidos a tal agravo. Numa pesquisa sobre abuso ou violência sexual e políticas realizada na Scielo Brasil só foram encontrados três artigos que relacionassem os dois temas em questão, apontando para a lacuna que existe de trabalhos sobre esses dois assuntos associados. Já no Science Direct são vários os artigos internacionais discutindo as duas temáticas. Espera-se, com esta pesquisa, poder fornecer à comunidade acadêmica brasileira maiores subsídios sobre os investimentos realizados no setor Saúde do município do

Rio de Janeiro para garantir o atendimento à população infantojuvenil atingida por este agravo.

1.4 Marcos Referenciais

1.4.1 Abuso sexual infantojuvenil

Estudos têm demonstrado que a ocorrência da violência sexual contra crianças e adolescentes é bem mais freqüente do que a suposta pela sociedade e por profissionais de saúde¹⁵.

Nas últimas décadas, a conscientização cada vez maior de seu impacto multifocal e desdobramentos deletérios à saúde têm impulsionado a sociedade e as organizações governamentais a formularem políticas, traçarem metas e estabelecerem ações na tentativa de prevenir e combater o abuso sexual infantojuvenil, assim como apoiar e tratar as vítimas de tais atos. Por outro lado, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que consolida as bases da Doutrina da Proteção Integral, as crianças e adolescentes passam a ser reconhecidos pela sociedade e pelo Estado como sujeitos de direitos e de protagonismo que necessitam de proteção integral e se tornam prioridade no uso de recursos públicos para a garantia de tal medida¹⁶.

É importante lembrar que a etiologia do abuso sexual é multifatorial. Embora não seja possível estabelecer uma relação linear ente pobreza e violência, o abuso sexual, aliás, como os outros tipos de violência, é agravado por condições econômicas^{17,18}. A situação de pobreza, potencializada pela distribuição desigual de renda facilita o abuso sob a forma de exploração sexual, seja por um indivíduo, familiar ou através de redes, através do turismo sexual e tráfico com finalidades sexuais, a nível

nacional e internacional. O alto índice de desemprego e a extrema miséria podem afetar o equilíbrio familiar provocando rupturas, estimulando a violência doméstica, o alcoolismo e o abandono do lar por parte das crianças e adolescentes^{17,18,19}. Minayo¹⁹ ressalta ainda a face lucrativa da violência, estimulada pela globalização legalizada e ilegal de drogas, armas, turismo e tráfico de ordem sexual.

Uma questão já bastante debatida na literatura e de fundamental importância nas origens da violência sexual é a sua estreita relação com a violência de gênero, onde a hegemonia masculina ainda destitui a mulher de sua cidadania, desmerecendo-a e impondo uma condição de dominação e subordinação sexualizadas. Culturalmente, a legitimação da utilização da mulher, da criança e da adolescente como ‘objetos’ e não como ‘sujeitos’, silenciando-os e tornando-os dependentes e passivos, desprovidos de direitos sobre seu próprio corpo, também é fator favorecedor e adjuvante à violência sexual^{17,18,20,21,22,23,24}. Este assunto é muito bem pontuado por Kathelen Mahoney¹⁷ quando expressa:

Os valores e prerrogativas culturais que definem o papel sexual masculino tradicional são o poder, a dominação, a força, a virilidade e a superioridade. Os valores e prerrogativas culturais que definem o papel sexual feminino são a submissão, a passividade, a fraqueza e a inferioridade. A tradição da supremacia masculina ensina rapazes e homens que os traços femininos são sem valor e sem mérito; e as mulheres devem ser tratadas com inferioridade ou menos bem que os homens (apud ¹⁷ p.10).

Já Saffioti entende que o conceito de gênero é uma modelagem social freqüentemente, mas não necessariamente, referida ao sexo, podendo esse conceito ser construído de forma independente. Apesar da grande maioria dos agressores sexuais pertencer ao sexo masculino, a autora não exime a mulher desse papel. Para ela a

violência sexual infanto-juvenil está intimamente ligada ao adultocentrismo e à função patriarcal que pode ser desempenhada por ambos os sexos²⁵.

Ainda, segundo pesquisas, existe também um viés étnico/racial importante apontando que um grande número de vítimas é de cor negra ou parda¹⁷. Um estudo sobre adesão à quimioprofilaxia do HIV com uma amostragem de 172 mulheres (adultas, adolescentes e crianças) vítimas de violência sexual mostrou que 39,5% eram de raça negra e 37,8% parda²⁶.

A sociedade brasileira se caracteriza pelo quadro acima citado. Ela possui uma desigualdade estrutural, pontuada pela dominação de classes, gênero, raça e autoritarismo, inclusive familiar.

Embora aparentemente óbvia, a definição de abuso sexual é extremamente complexa, já que envolve a sexualidade humana, delimitada por leis e costumes culturais que garantem o convívio dentro de uma sociedade²⁷.

Na literatura contemporânea encontram-se diversas maneiras para conceituar abuso sexual, classificar e tipificar suas formas de ocorrência. Segundo Azevedo e Guerra²⁸, ele se caracteriza por:

Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou usá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa (p.42).

Esta conceituação, apesar de abrangente, tem como importantes críticas a delimitação de idade e estágio psicosssexual, quando considera somente o adulto como apto para cometer tal delito e despreza a idéia de que a criança ou um adolescente também possam ser autores. A definição também não diferencia a criança do

adolescente, ajuizando a ambos como “*criança menor de 18 anos*”. Além disso, é ambígua ao não explicitar o que entende por jogo ou ato sexual.

Finkelhorn e Hortaling (*apud*²⁹), semelhante a Azevedo e Guerra ²⁸, afirmam a necessidade de inclusão da diferença de idades entre agressor e vítima e consideram importante acrescentar na conceituação o tipo de comportamento e coerção usados. Eles recomendam que haja uma diferença de cinco ou mais anos, se a criança for menor do que 12 anos, e uma diferença de dez anos ou mais se a vítima tiver entre 13 e 16 anos. Apesar da discrepância de idades, eles também pré-estabelecem faixa etária para o vitimizador. Para os autores, os casos que não se encaixassem nessas perspectivas seriam enquadrados em ‘comportamento abusivo’ ou seja, a atuação do agressor seria reduzida a uma exorbitância de poder por parte do autor do agravo.

Contrariando Finkelhorn e Hortaling, Cantwell³⁰, em um estudo sobre crianças perpetradoras de abuso sexual, constatou que crianças na faixa etária de 6 a 11 anos, previamente abusadas, perpetravam o abuso sexual com crianças ainda mais novas. Ou seja, eles não só foram precocemente erotizados e despertados para a sexualidade como também, ainda extremamente jovens, davam continuidade a este tipo de violência.

Segundo Faleiros³¹, a categorização constitui basicamente dois grupos:

➤ intrafamiliar: se configura³², por qualquer atividade sexual entre a criança e um membro imediato da família (pai, mãe, padrasto, irmão), extensivo (tios, avós, primos) ou parente substituto (qualquer adulto, que a criança considere um membro da família).

➤ extrafamiliar: acometido por conhecidos da criança ou pessoas estranhas ao seu convívio.

Cabe aqui ressaltar que a exploração sexual, conforme grifamos acima, também é um tipo de abuso sexual³¹, muitíssimo freqüente e de proporções internacionais.

Podemos definí-la como:

Todo o tipo de atividade em que uma pessoa usa o corpo ou a sexualidade de uma criança ou adolescente para tirar vantagem ou proveito de caráter sexual, implícito ou não, com base numa relação de poder, pagamento com ou coerção física e psicológica. Envolvendo algum tipo de ganho, financeiro para o adulto (p.46).

A prática do abuso sexual intrafamiliar contradiz, culturalmente, a noção de família como a base de proteção e formação da criança. Segundo Junqueira³³,

A iniciação das crianças na cultura, nos valores e nas normas da sociedade começa na família. Para um desenvolvimento completo e harmonioso de sua personalidade, a criança deve crescer num ambiente familiar, numa atmosfera de felicidade, amor e compreensão (p.432).

Sua ocorrência é mais freqüente entre pais/padrastos e filhas. Esse tipo de violência pode também suceder dentro de um somatório de vulnerabilidades familiares. Nesta configuração, segundo certos autores, não existiria uma relação estreita de cuidados entre seus membros. Outrossim, as pesquisas mostram que o abuso está freqüentemente associado ao alcoolismo, violência, agressão física, delinquência e doença mental^{32,34,35}.

Conforme já mencionado, os desdobramentos do abuso sexual podem trazer conseqüências extremamente prejudiciais para a criança ou adolescente, atingindo as vítimas em aspectos que eventualmente interagem a ponto de afetar e modificar sua vida, por vezes, irreversivelmente.

Tais repercussões podem apresentar efeitos a curto, médio e longo prazo, tendo como variáveis de influência a idade da criança, a duração do abuso, o grau de violência utilizado, a diferença de idade entre o autor de agressão e a vítima e o tipo de relação entre eles; o apoio familiar e social e o grau de isolamento e ameaças contra a criança²⁹.

Sob o ponto de vista psicológico, a curto e médio prazo a criança pode apresentar fobias, distúrbios do sono que abrangem desde o terror noturno e pesadelos até o medo de adormecer e ser atacada durante o sono, entre outros. Já a longo prazo, podemos citar desde ansiedade até transtornos de personalidade^{32,36}.

No que tange as alterações sócio – comportamentais, as conseqüências variam desde o medo de contacto com sexo masculino, problemas de interação social, carência afetiva, até estigmatização. Com o passar dos anos esses problemas podem dar origem a adição a substâncias, delinqüência, práticas de prostituição, pedofilia assim como a perpetuação de novos ciclos de violência^{34,37,38}.

As manifestações e conseqüências imediatas e tardias relacionadas à sexualidade percorrem caminhos que vão desde brincadeiras repetitivas de sexo com bonecas, brinquedos e amigos, comportamentos sexualizados, sejam eles com adolescentes e ou adultos, gravidez precoce, distúrbios da saúde reprodutiva, até a aversão à atividade sexual, disfunções sexuais e promiscuidade^{29,32,34,36,37,39,40,41,42,43,44,45}. Estas características podem e freqüentemente perduram até a idade adulta.

A somatização dos efeitos do abuso também se manifesta ao longo dos anos. Citamos como precoces, os problemas esfínterianos, enurese, encoprese, introdução de objetos na vagina e ânus e solicitação de estimulação sexual, entre outros^{29,37,39}.

Com o decorrer do tempo até a idade adulta, os estudos mostram como sintomas além dos acima citados, dores crônicas, desprazer ou aversão à atividade sexual, relações sexuais insatisfatórias e disfunções sexuais, entre outros^{32,43,44}.

Mas, apesar dos efeitos danosos acima descritos, estudos recentes têm mostrado que nem todas as crianças vitimizadas têm seu futuro comprometido pelo trauma sofrido. Algumas delas apresentam um desenvolvimento e adaptação emocional e social ajustados⁴⁶. Essas crianças são chamadas ‘resilientes’⁴⁷. A resiliência se tornou fonte de pesquisa na década de 1970, quando estudiosos se interessaram por crianças que não pareciam afetadas por situações de estresse e agruras às quais tinham sido submetidas. Na realidade, vários conceitos são atribuídos a este fenômeno quando aplicado ao ser humano. Cyrulnik⁴⁸ traça uma analogia entre o conceito advindo da física e sua representação no ser humano, ao afirmar que resiliência é a propriedade que a matéria de dureza variável tem de retornar à forma original após ser submetida a um choque violento que provoca deformação elástica, enquanto nas pessoas trata-se da capacidade de se recobrar de um traumatismo, com elasticidade, flexibilidade, criatividade e reconstrução sobre o trauma.

De forma semelhante, Steinhauer⁴⁹ assevera que ela consiste na capacidade do indivíduo, quando submetido à adversidade, de retornar ao seu nível de adaptação ou mesmo superá-lo.

Masten, Best e Garmezy⁵⁰ associam três condições favoráveis ao conceito de resiliência: um nível de funcionamento adequado a despeito da presença de fatores de risco; estratégias de adaptação (*coping*) eficazes para restaurar o equilíbrio seja ele externo ou interno, perante uma ameaça significativa e o restabelecimento após a vivência de um trauma severo ou prolongado.

Slap⁵¹ acredita que a resiliência está condicionada à interação de quatro fatores, quais sejam os individuais, ambientais, de proteção e os acontecimentos ao longo da vida. Tal associação comporia o quadro adequado para que o indivíduo em questão se sentisse protegido e adaptado.

Entretanto, apesar da sua representação perante as crianças e adolescentes vitimizados, a resiliência não deve ser entendida como um remédio para todos os males⁵² e sim como um meio de reestruturação e reintegração do indivíduo à sociedade.

Cabe aqui lembrar que apesar de seus benefícios, a resiliência não substitui a ação do Estado na promoção de políticas voltadas para o enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. Outrossim, sua promoção pode e deve estar presente nas orientações destas iniciativas. A prevenção e o enfrentamento deste agravo demandam diretrizes e ações governamentais que, para serem efetivas, exigem um trabalho conjunto da sociedade.

1.4.2. Políticas públicas e ações para o enfrentamento do abuso sexual infantojuvenil no Brasil

A mobilização em defesa dos direitos das crianças e adolescentes ganha destaque na década de 1980, quando a sociedade brasileira vivencia um processo de redemocratização, traduzido por significativas mudanças sociais, novas exigências e desafios, na tentativa de construir um projeto político democrático e popular que se contraponha ao modelo então vigente, repressivo e clientelista⁵³.

Em 1985 tem início o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), cuja atuação, em parceria com educadores, ativistas e colaboradores voluntários, foi essencial para a consolidação do movimento em defesa da criança e do adolescente. Ele introduziu, inclusive, o conceito de que os meninos e meninas podem ser protagonistas de sua própria história. A partir da atuação do MNMMR e após a criação de associações, campanhas e muitas lutas, institui-se um fórum nacional permanente de entidades não-governamentais de defesa dos direitos da criança e do adolescente – Fórum DCA. Ele é constituído por diversas entidades e forças políticas

que, mobilizando outras forças nacionais e internacionais, passa a desempenhar papel fundamental no movimento em defesa da criança e do adolescente. Torna-se o principal interlocutor da sociedade com o Congresso Nacional e principal articulador pela inclusão da Emenda pelos direitos da criança e do adolescente como cidadãos na Constituição⁵³. Três anos depois é promulgada a nova Constituição Federal, assegurando, através de seu artigo 227, a cidadania das crianças e adolescentes⁵⁴.

Em 13 de julho de 1990 é regulamentado o ECA⁵⁵, fundamentado numa doutrina de proteção integral e é revogado o Código de Menores. Nesta época, em contrapartida, intensifica-se a associação de uma política neoliberal de redução do Estado em favor do mercado, com o uso do clientelismo e assistencialismo na área da infância e adolescência. Têm lugar as privatizações de empresas e serviços públicos, o Estado tem seu papel na economia reduzido. Os ‘dominantes’ mantêm a acumulação de riquezas, o poder e sua legitimação com a combinação sistemática da troca de favores com a violência institucional e não raro pessoal, como o uso de capangas ou mesmo por lealdade, como ‘filantropias’ e criação de abrigos formalizados em nome de um ‘doador’. Entidades assistenciais com visões ligadas á caridade atendem de forma discriminatória as crianças órfãs, necessitadas ou abandonadas formando-as para condições subalternas no mundo do trabalho e da sociedade⁵³.

Ampliam-se as atuações de organizações não-governamentais e inicia-se a consolidação dos movimentos para a garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

É instituído e entra em funcionamento em 1991 o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), tornando-se responsável pela integração dos atores sociais e governamentais a favor da efetivação do ECA. Ele passa a responder pela Política Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente, pela

implementação de Conselhos em estados e municípios, a influir no reordenamento institucional proposto pelo ECA e nas prioridades das políticas públicas^{53,56}.

A seguir, em acordo com a lei 8069/1990, são criados os Conselhos de Direitos (ECA, art.88 II) e Conselhos Tutelares (ECA, art.131). Os primeiros, órgãos deliberativos e paritários, responsáveis pela definição da política de atendimento e controle do orçamento da criança, em integração com todas as políticas. Já os Conselhos Tutelares (CT), órgãos estatais permanentes e autônomos eleitos pelas comunidades, dotados de poderes não jurisdicionais, têm como função zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes no que tange às medidas de proteção, apoio, orientação, assistência e encaminhamentos junto ao Ministério Público, disposições estabelecidas pelas autoridades judiciárias, além de promover sua inclusão em programas comunitários, abrigos etc^{53,57}.

No curso dos anos de 1990, a violência sexual contra crianças e adolescentes passa a ter maior reconhecimento social, se torna alvo de debates e entra na agenda da sociedade civil, como um problema relacionado à luta nacional e internacional pelos direitos humanos e pela defesa e garantia dos direitos da mulher, crianças e adolescentes, preconizados nas legislações nacionais e normas internacionais. Consolida-se então a pressão da sociedade sobre o Legislativo, o Executivo, Mídia e Agências Internacionais para a inclusão deste tipo de agravo na agenda das políticas públicas brasileiras⁵³.

Em junho de 1993 é apresentado o relatório da primeira Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar as redes de exploração sexual de crianças e adolescentes. Instalada pela Câmara dos Deputados, teve como finalidade apurar as responsabilidades pela “prostituição infantil” (termo usado na época para definir a exploração sexual de meninos e meninas). Tal comissão trouxe à tona inúmeros casos

de violação dos direitos infantojuvenis e ressaltou a falta de políticas sociais básicas e de atendimento às vítimas. O relatório provocou uma intensa reação social e incitou uma visão mais ampliada do fenômeno, definições de estratégias, implantação de pesquisas e campanhas, além de programas de atendimento, prevenção, defesa e responsabilização^{17,58,59,60}.

O enfrentamento e prevenção da violência sexual infantojuvenil ganham maior destaque em 1996, quando se toma como pauta o combate à exploração sexual comercial. Nesse ano, em Brasília é realizado o 'Encontro das Américas', fomentado pelo CECRIA e outros parceiros, visando criar propostas para o "I Congresso Mundial Contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes", em Estocolmo, do qual o Brasil foi signatário dos compromissos firmados e documentos elaborados. Esse congresso teve como marco a construção de um referencial que colocou o fenômeno da exploração sexual numa dimensão ampliada, permitindo que ele fosse analisado sob as perspectivas histórica, cultural, econômica, social e jurídica⁶¹.

Como resultado deste encontro são elaboradas, no âmbito mundial, diretrizes, programas de ação e cooperação nacionais e internacionais, com o objetivo de erradicar este tipo de violência⁶². Vale problematizar o reconhecimento privilegiado que a violência sexual contra crianças e adolescentes desfruta na sociedade, comparando-se ao tratamento que a violência sexual contra mulheres recebe. Questões culturais que reforçam a banalização deste tipo de agressão entre parceiros, por exemplo, e, por outro lado, uma legislação de proteção aos direitos da mulher recente e incipiente sugerem o contexto explicativo desta diferença.

Sucedem-se consultas regionais destinadas às representações governamentais e civis de vários países que resultam num maior conhecimento das dinâmicas sociais, econômicas e culturais da exploração sexual e de suas formas de enfrentamento, além

de incitarem a mobilização dos governos nacionais para a adoção de políticas sobre o tema^{nota*}.

Cabe aqui mencionar que, apesar da exploração sexual não ser foco desse trabalho, esta frente de enfrentamento exerceu uma força propulsora nas ações dos países signatários para o combate e prevenção do abuso sexual infantojuvenil.

Somam-se então forças através de frentes, campanhas e redes e em 1997, é realizada em Brasília a II Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, com o emblema “Criança e adolescente, prioridade absoluta”⁵³. Sua proposta consistia em:

Promover uma ampla mobilização social nas esferas municipal, estadual e nacional para avaliar a situação de implementação dos direitos da população infanto-juvenil como prioridade absoluta, em especial no que se refere aos eixos temáticos do CONANDA – trabalho infanto-juvenil, violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes, ato infracional, Conselho Tutelar, orçamento público e fundos, bem como propor diretrizes para sua efetivação (p.47).

Nesse mesmo ano, a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), em parceria com o Ministério da Justiça, Fundo das Ações Unidas para Infância (UNICEF) e Empresa Brasileira de Turismo (EMBRATUR), implanta uma Rede de Informações sobre Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (RECRIA). Ela dispõe-se a fornecer suporte para os bancos de

nota*

Em 2001, no “II Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes” realizado em Yokohama, do qual o Brasil também foi signatário dos termos ali consignados, são ratificados tais avanços e reafirmado o compromisso global de proteção das crianças contra o abuso e exploração sexual⁶³. Em 2008 teve lugar o III Congresso, no Rio de Janeiro. Neste evento foi apresentada a “Declaração e Pacto do Rio de Janeiro”, que estabelece um acordo de ações integradas e sistêmicas para combater a violência sexual imposta ao público infantojuvenil em todo o mundo⁶⁴.

dados existentes ou a serem desenvolvidos regionalmente, no intuito de atender a demanda por informações sistematizadas nessa matéria e subsidiar as políticas públicas, a pesquisa e a capacitação⁶⁵. Além disso, a ABRAPIA cria o Disque-Denúncia, com o objetivo de acolher denúncias de qualquer modalidade de violência contra crianças e adolescentes, crimes de tráfico de pessoas e desaparecimento de crianças. Posteriormente (em 2003), este serviço passa a ser coordenado e executado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) (a partir de 2010 conhecida como Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República), em parceria com a Petrobrás e o Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA). A seguir (2006), com o nome Disque 100, o serviço recebe, analisa e encaminha as informações aos órgãos de defesa e responsabilização, conforme competência e atribuições específicas, num prazo de 24 horas, preservando o sigilo da identidade do denunciante⁶⁶.

Em 1998, o Ministério da Saúde, reconhecendo que a população feminina é a mais afetada pela violência sexual, constata a necessidade de lhe ser oferecido acesso imediato aos cuidados de saúde, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e tratamento à gravidez indesejada. Entendendo que o profissional de saúde encontra-se em posição estratégica para diagnosticar e atuar sobre o problema, visualizando a singularidade deste tipo de atendimento e admitindo a carência de rede estruturada e profissionais capacitados para identificar e tratar vítimas deste agravo, é publicada a Norma Técnica para “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”. Até hoje, este documento constitui um instrumento fundamental para que o tema da violência sexual seja definitivamente incorporado pelo setor saúde e para que a sociedade discuta a questão do aborto legal de forma mais ampliada. Seu contexto, além de determinar as organizações de atenção no

que tange a estrutura física, recursos humanos e equipamentos, estabelece normas de atendimento e condutas perante as várias situações provocadas pela violência sexual, como o aborto legal, contracepção de emergência e doenças sexualmente transmissíveis. Pormenorizada e concisa, esta norma beneficia mulheres e adolescentes vítimas, grávidas e não grávidas^{67,68}.

A Norma Técnica foi re-editada três vezes, incorporando revisões e acréscimos. As duas últimas versões (2005 e 2010) já privilegiam o acolhimento, estratégias de adesão e consolidação da eficácia das abordagens. No que diz respeito ao aborto legal, ela dispensa a obrigatoriedade de Boletim de Ocorrência Policial (BO) para a realização deste procedimento, condição que, apesar de estar em acordo com a Portaria nº 1.145 do Ministério da Saúde⁶⁹, atualmente ainda desperta intensa polêmica. Em seus anexos constam detalhadamente os tipos, doses e efeitos adversos de drogas a serem administradas na presença dos vários tipos de DST, inclusive a profilaxia de HIV/AIDS, assim como sugere fichas de registro muito mais minuciosas e direcionadas. Importante observar que apesar de manter seu título, a partir da versão de 2005 a criança é referida em várias situações, inclusive no que tange as medicações e doses⁷⁰. Todavia, a leitura da Norma Técnica não contempla o atendimento, prevenção e tratamento ao sexo masculino nas várias faixas etárias e aos casos crônicos de abuso sexual, temas que merecem a atenção do Setor Saúde.

Em busca de maior efetividade dos programas sociais e no ensejo de cumprir os acordos firmados no Congresso de Estocolmo, em junho de 2000, em Natal, é elaborado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual, com a finalidade de criar uma proposta política que fornecesse diretrizes para viabilizar a política de atendimento estabelecida pelo ECA e legitimar um instrumento de defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Ele foi alicerçado na articulação e participação governamental e

não governamental, na gestão paritária, descentralizada e regional, dentro de um quadro de sustentabilidade e responsabilização. Vale ressaltar o papel estratégico protagonizado pela sociedade civil (Ongs, Conselhos, Movimentos e Fóruns) na mobilização social do Legislativo, Executivo, da mídia e das organizações internacionais na luta para a inclusão da violência sexual contra crianças e adolescentes na agenda pública brasileira, reconhecido, inclusive, no texto histórico do Plano. Agências internacionais como a Unicef, Visão Mundial, Ecpat, NGO-Focal Point, IIN-OEA contribuíram estimulando os governos e apoiando técnica e financeiramente as iniciativas civis⁷¹.

O objetivo geral do Plano Nacional consiste em fomentar um conjunto de ações organizadas de forma a permitir uma intervenção política, técnica e financeira para o combate a violência sexual infantojuvenil⁷¹.

Tem como objetivos específicos:

- a. Promover investigações científicas que permitissem analisar, compreender, monitorar e subsidiar a elaboração e execução de ações de enfrentamento.
- b. Garantir o atendimento especializado às vítimas de violência sexual consumada (termo usado no documento).
- c. Diligenciar medidas de prevenção, articulação e mobilização, visando o fim da violência sexual.
- d. Fortalecer o sistema de defesa e responsabilização.
- e. Encorajar o protagonismo infantojuvenil.

Por ser um plano integrado, seu quadro operacional é estruturado em torno de seis eixos estratégicos⁷¹:

1. Análise da situação: visa o conhecimento e diagnóstico da situação de violência, das condições e garantias do financiamento do Plano, monitorização e avaliação do mesmo; divulgação dos dados e informações à sociedade.

2. Mobilização e articulação: tem como objetivo fortalecer as articulações estaduais de combate e erradicação da violência sexual, envolvendo a participação da sociedade; divulgar a posição do Estado com relação ao turismo e tráfico sexual e avaliar os impactos e resultados dessa mobilização.

3. Defesa e responsabilização: divulgar a legislação vigente sobre crimes sexuais e combater a impunidade; disponibilizar serviços de notificação, capacitar profissionais na área jurídica-policial; fortalecer os conselhos tutelares e o Sistema de Informação Para Infância e Adolescência (SIPIA); implantar delegacias, varas e promotorias especializadas em crimes contra criança e adolescentes e um Centro de Perícias Oficiais para violência sexual.

4. Atendimento: efetuar e garantir um atendimento especializado em violência sexual de crianças e adolescentes em rede ou sistema, de forma a contemplar não só as vítimas como seus familiares.

5. Prevenção: tomar medidas de caráter informativo e educativo que envolvam comunidades, famílias, crianças e adolescentes, de forma a assegurar as ações preventivas contra a agressão sexual.

6. Protagonismo infantojuvenil: promover uma participação ativa de adolescentes e crianças pela defesa de seus direitos e comprometê-los com o monitoramento da execução do Plano de Enfrentamento.

Visando cumprir as metas deste Plano é implantado em 2001 o Programa Sentinela, inserido no âmbito da Política Nacional de Assistência Social, através da criação de centros de referência com um atendimento integral, especializado e multiprofissional às crianças e adolescentes. Sua finalidade, propiciar condições para a garantia de seus direitos fundamentais e acesso aos serviços públicos existentes na área social, de saúde, educação segurança, justiça, cultura e lazer^{72,73}. Além disso, sua função

engloba a contribuição para o fortalecimento de ações coletivas de enfrentamento à violência infanto-juvenil, proceder a estudos e análises permanentes sobre a situação de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social e reuniões periódicas com os Conselhos Tutelares⁷⁴. Seus objetivos específicos se caracterizam por^{74,75}:

- desenvolver ações sociais especializadas de atendimento às crianças e adolescentes vitimados pela violência;
- proporcionar a inclusão da clientela atendida pelo Programa e seus familiares em serviços prestados por instituições sociais presentes no município;
- inserir as famílias das crianças e dos adolescentes vitimados pela violência em programas de geração de trabalho e renda, como também em cursos de formação e qualificação profissional;
- contribuir para as ações coletivas de enfrentamento;
- contribuir para um sistema municipal de informações (banco de dados);
- garantir a qualificação continuada dos profissionais envolvidos no atendimento social à população vitimada.

Este programa passa posteriormente (em 2004) a ser responsabilidade da SEDH. Segundo o Ministério da Justiça⁷⁶, até 2005, o Sentinela foi instalado em 1.104 municípios, com garantia orçamentária para mais 790 e seus atendimentos alcançaram em torno de 30.000 crianças e adolescentes e mais de 1.000 familiares.

Com a implantação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (em 2006), o Sentinela se insere como serviço do Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), obedecendo as Normas Operacionais Básicas da Política Pública de Assistência Social^{77,78}. Três anos depois (novembro de 2009), o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) aprova, através da Resolução nº 109, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais por níveis de complexidade do

SUAS e o serviço Sentinela deixa de existir. A partir desta data, as vítimas de violência sexual passam a ser assistidas pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) com atendimentos baseados nas potencialidades, valores, crenças e identidades das famílias. O PAEFI estabelece articulações com as atividades e atenções prestadas às famílias nos demais serviços sócio-assistenciais, nas diversas políticas públicas e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos⁷⁹.

Considerando os acidentes e violências como graves problemas de saúde pública, o Ministério da Saúde, através da portaria 737 MS/GM aprova, em maio de 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Baseada nos princípios da saúde como direito e na promoção de saúde como base de todos os planos, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes, esta política tem como diretrizes: a. promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; b. monitorização de ocorrências de acidentes e de violências; c. sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; c. assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; d. estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e habilitação; e. capacitação de recursos humanos; f. apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Esta política, apesar de não ter como foco específico o abuso sexual infanto-juvenil, considera-o como uma das várias manifestações da violência⁸⁰.

Em outubro de 2001 é criada a Portaria n° 1968/GM que dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde, contendo em seu anexo a ficha de notificação e instruções de preenchimento e envio⁸¹.

Em 2003, a SEDH, o então Ministério de Assistência Social, a Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e a Partners of the Américas elaboram o programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro – “PAIR”, utilizando como marco conceitual o artigo 86 do ECA e como referência metodológica o Plano Nacional. Tal programa visa integrar políticas e construir uma agenda comum a governos, sociedade civil e organismos internacionais para o desenvolvimento de ações de proteção à criança e adolescente vitimados e gerar metodologias de enfrentamento que pudessem ser disseminadas em outras regiões brasileiras, viabilizando Políticas Municipais de Proteção Integral à Criança e Adolescente⁸². Em 2005 o PAIR é implementado em Fortaleza, no Estado do Ceará, e Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais e a partir de 2006, com o apoio dos diversos parceiros, sua metodologia é disseminada em diversas unidades federadas. Nos anos de 2008, 2009 e 2010 sua abrangência se amplia largamente, estando presente em 24 estados atendendo a 474 municípios brasileiros, inclusive em regiões fronteiras⁸³.

Ainda em 2003/2004 cria-se nova CPMI do Congresso Nacional tendo por meta, de forma mais articulada e aprofundada, a investigação de redes de exploração sexual de crianças e adolescentes em todo o território brasileiro. Os resultados, altamente preocupantes, apontam para o fato que a exploração sexual comercial no Brasil, de modo geral, conta com a ação organizada de redes. Em seu relatório final a CPMI propôs um conjunto de sugestões para aprimorar as políticas públicas na área da infância e alterações legislativas que visam resguardar os direitos das vítimas e favorecer o enquadramento criminal dos responsáveis. Essa estratégia de proteção às vítimas e enfrentamento da impunidade compreendeu acréscimos e mudanças de vários dispositivos do Código Penal (CP), do ECA, do Código de Processo Penal (CPP) e da

Lei de Crimes Hediondos. Essas alterações favoreceram a eliminação de ambigüidades dentro do legislativo que dessem margem, de alguma forma, à continuidade da impunidade. Parte destas propostas já está em tramitação no Senado e na Câmara. Outras, como alterações no Código Penal e no ECA, se transformaram em Projetos de Lei⁸⁴.

No período de 2006 a 2008, conforme já mencionado, as ações mais significativas em âmbito nacional referem-se àquelas realizadas pelo Sistema Único de Assistência Social, através da criação do CREAS – unidade pública estatal, responsável pela oferta de atenção especializada de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Ele prestava um Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes que visava assegurar a proteção imediata e atendimento psicossocial às crianças e aos adolescentes vítimas dos vários tipos de violência, inclusive a sexual, bem como a seus familiares. Para tal, oferecia acompanhamento técnico especializado, psicossocial e jurídico desenvolvido por uma equipe multiprofissional que mantinha permanente articulação com a rede de serviços sócio-assistenciais e das demais políticas públicas, assim como com o Sistema de Garantia de Direitos (Ministério Público, Conselho Tutelar, Vara da Infância e da Juventude, Defensoria Pública e outros). Além dos citados, o serviço visa proporcionar ações de prevenção e busca ativa para o mapeamento das situações de risco e/ou violação de direitos envolvendo crianças e adolescentes⁷⁸.

Procurando orientar a atuação dos profissionais de saúde no que se relaciona ao atendimento das vítimas de violência sexual, o Ministério da Saúde publica em 2010 uma nova revisão da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes

da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e lança também um fluxo de atendimento para mulheres e adolescentes vítimas desta agressão⁸⁵.

As políticas e ações até agora citadas permitem inferir que o Brasil tem investido e obtido alguns resultados importantes no enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. Vale lembrar que, para uma eficaz implementação dessas estratégias a participação dos estados e municípios é imprescindível.

1.4.3 Políticas e ações para o enfrentamento do abuso sexual infantojuvenil no estado do Rio de Janeiro

Desde a década de 1990, a violência sexual contra a criança e o adolescente tem sido alvo de movimentos reivindicatórios, ações e articulações de organizações da sociedade civil no Estado do Rio de Janeiro. Entidades como a ABRAPIA, o Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social (IBISS), o Núcleo de Atenção à Violência (NAV) e outros contribuíram para implementar estratégias voltadas para a mobilização e organização da sociedade para o enfrentamento do problema e a promoção da saúde de crianças e adolescentes em risco⁸.

Esboçando uma política pública estadual focada para a violência sexual, em 1996, a Fundação da Criança e do Adolescente (FIA) lança, em parceria com a ABRAPIA, o Programa ‘SOS Criança’. Sua meta era o atendimento infantojuvenil de vítimas de violência doméstica, incluindo o abuso sexual, nas sete macro-regiões do Estado: Volta Redonda, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Niterói, Araruama, Campos e Nova Iguaçu. Posteriormente, esse programa é redimensionado, passando a ser chamado “Programa de Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-Tratos”, sendo desenvolvido pela FIA em parceria com instituições não governamentais. Ele atua de forma descentralizada, focando a prevenção e o atendimento em seis regiões do Estado⁸.

Antecipando a Portaria Nacional⁸¹, em julho de 1999, a Secretaria Estadual de Saúde determina através da resolução n° 1354, a obrigatoriedade da Notificação de Maus-Tratos em crianças e adolescentes até 18 anos incompletos e portadores de deficiência, assim como implanta uma ficha de notificação⁸⁶.

Em 2000, o Governo do Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Ação Social e Cidadania, cria um ‘Programa Estadual de Combate à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes’ nos municípios do Rio de Janeiro e Volta Redonda. Tal programa é executado pela FIA, consistindo na formação de centros de referência para o atendimento de vítimas de exploração sexual, abrangendo a Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente (DPCA), o Juizado da Infância e Juventude e os Conselhos Tutelares⁸.

Evidenciando a necessidade de debates sobre a violência sexual de crianças e adolescentes, instituições governamentais e não governamentais que participaram da construção do Plano Nacional estabelecem, no final desse mesmo ano, um espaço de articulação política e mobilização das sociedades civil e governamental, em âmbito estadual, denominado Fórum de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do Estado do Rio de Janeiro. Sua finalidade é discutir e fomentar medidas que possibilitassem a implementação de políticas públicas voltadas para esta temática, promover uma maior sensibilização da sociedade frente o quadro de exploração e abuso sexual, capacitar profissionais e assessorar instituições que atuem com crianças, adolescentes e famílias para a identificação e intervenção no fenômeno violência sexual⁸.

Institui-se o Programa Estadual de Combate à Exploração Sexual de Crianças, que adquire maior visibilidade quando, em 2002, é realizada uma fusão entre os objetivos do governo federal e o Programa Estadual e é criado o Plano Estadual de

Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes do Estado do Rio de Janeiro. Assentando-se nos eixos estruturais determinados pelo Plano Nacional, seu objetivo geral é, a partir da organização de ações conjuntas e articuladas de vários segmentos de promoção e defesa dos direitos das crianças e adolescentes e de diversos outros atores, reverter o quadro de violência sexual no Estado. Especificamente, de forma bastante semelhante àquela do Plano Nacional, os objetivos do Plano Estadual consistem em⁸:

1. Realizar investigação científica visando compreender, analisar, subsidiar e monitorar o planejamento e a execução de ações de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado.

2. Garantir o atendimento especializado às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e a suas famílias, *incluindo o autor da agressão*.

3. Promover ações de prevenção, articulação e mobilização acerca da violência sexual.

4. Fortalecer o sistema de defesa e responsabilização.

5. Fortalecer e estimular ações de protagonismo infantojuvenil.

6. Fortalecer o “Sistema de Atendimento a Casos de Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes” no Rio de Janeiro (p.18).

1.4.4 Políticas e ações da Saúde para o enfrentamento do abuso sexual infantojuvenil no município do Rio de Janeiro

A atuação da Saúde no Município no combate à violência sexual ganha destaque a partir da década de 1980, voltada para a proteção da mulher, instigada pelos movimentos feministas e pela possibilidade de criar ações que contemplassem as necessidades das mulheres vítimas de violências, principalmente a sexual.

Em 1987 é sancionada a Lei nº1.042 que estipula a obrigatoriedade de atendimento médico aos casos de aborto legal nos serviços de saúde municipais. Cabe aqui demarcar que mediante a faixa etária, as adolescentes são incluídas nesta situação. O decreto regulamentando tal Lei é assinado em 1988 e procurando-se criar um modelo de atendimento para a consolidação de uma rede de serviços nesta área, são definidas duas unidades municipais de saúde para garantir a realização do aborto nos casos de gravidez decorrente de estupro. Na prática, apenas uma das unidades realizava tal procedimento, evidenciando a resistência dos profissionais de saúde, fosse de ordem ética, cultural ou religiosa, em acatar essa determinação⁸⁷.

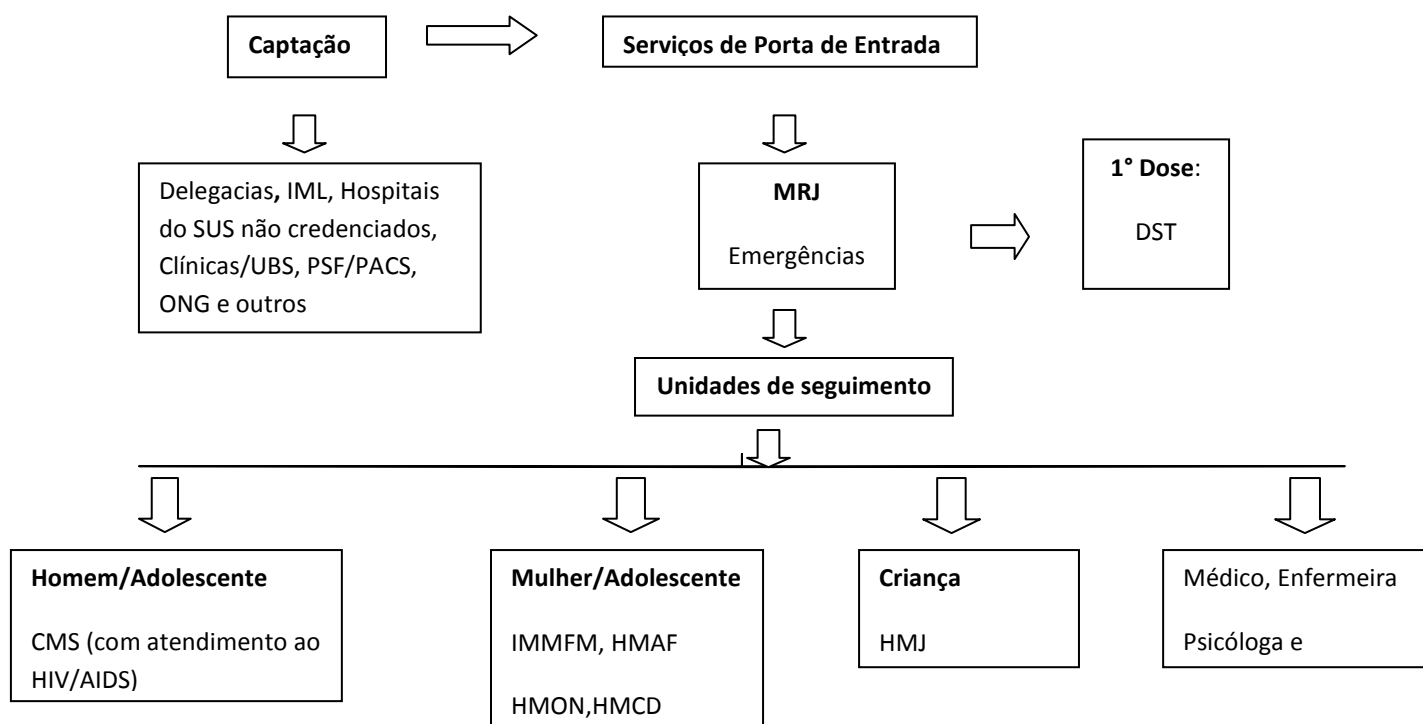
Ciente da necessidade de fortalecer as comunicações aos Conselhos Tutelares, a SMSDC-RJ, de forma pioneira no Estado e no País, implanta em 1996 uma ficha padronizada para notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente, iniciativa essa posteriormente disseminada pelo Ministério da Saúde através da portaria 1.968/2001 para todas as unidades de saúde em território nacional^{8,81,88}. Entretanto, alguns obstáculos dificultam esse processo, principalmente relacionados à atuação do profissional de saúde. O desconhecimento adequado do ECA, do fluxo de notificação e a falta de preparo técnico e emocional; o medo de represália e de envolvimento com processos judiciais, a falta de entrosamento entre os profissionais e conselhos tutelares e a preocupação com a quebra de sigilo são apenas alguns dos entraves que ainda hoje perduram, apesar de em menor escala¹⁰.

Com a criação da Norma Técnica em 1998, o setor Saúde do Município passa a adotá-la como referencial para suas ações de enfrentamento.

Procurando criar um espaço inter-setorial permanente de capacitação que viabilizasse discussões sobre a temática da violência a partir das demandas dos

profissionais, em 2000, é criado pela SMSDC-RJ o Grupo de Trabalho (GT) da Violência Contra Criança, Adolescente e Mulher constituído por profissionais das diversas Unidades dessa Secretaria⁸⁷. Em 2002, com o objetivo de fortalecer e potencializar a rede assistencial, a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Secretaria de Estado, dá início aos processos de capacitação de multiplicadores das unidades de saúde municipais e estaduais para o atendimento às vítimas de violência sexual^{87,89}. Num primeiro momento, segundo Lima, Vieira e Dias⁸⁹, são organizados cursos direcionados para o atendimento emergencial e para o acompanhamento das vítimas visando a aplicação do protocolo que define o seguimento por, minimamente, seis meses. Num segundo momento, as capacitações passam a ser orientadas para aqueles que atuam dentro dos hospitais de emergência, com o objetivo de qualificar o acolhimento das vítimas e a aplicação do protocolo. Essas capacitações deram origem a dois instrumentos importantíssimos, quais sejam, a ficha de 1º atendimento e a ficha de seguimento, protocolos esses amplamente discutidos pelo GT⁸⁷.

Como fruto da mobilização da SMSDC-RJ institui-se, em 2003, o fluxo de atendimento na rede de serviços, explicitado abaixo de forma esquemática:



Apesar do longo caminho ainda a ser percorrido, as iniciativas da SMSDC-RJ demonstram o interesse em ampliar o campo de discussões, melhorar as estruturas, aumentar os recursos humanos e qualidade de ações direcionadas para garantir a assistência às vítimas de violência sexual no município. Todavia, ainda é aguardada a homologação do Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, que se encontra pronto.

1.5 Metodologia

O município do Rio de Janeiro foi local de escolha desta pesquisa por alguns motivos: é uma das capitais com maior população do país; é uma cidade de projeção no cenário brasileiro em questões referentes à política de saúde; possui uma complexa e vasta rede de atenção e conta com uma Secretaria Municipal de Saúde que desenvolveu ações pioneiras na atuação contra os maus-tratos infantojuvenis, tais como a instituição de uma ficha de notificação (em 1996) para a rede.

Optou-se, neste estudo, por proceder a uma análise por triangulação de métodos das **ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para garantir atendimento especializado às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, com extensão a seus familiares e ao responsável pela agressão.**

A análise por triangulação de métodos é uma estratégia de pesquisa que associa uma dinâmica de investigação e trabalho que integra a ótica dos diversos atores que atuam no processo, a compreensão das relações envolvidas na execução das ações, a análise dos processos e resultados. Ampliando o escopo das contribuições teórico-metodológicas, a triangulação de métodos permite ainda a análise dos movimentos,

estruturas, ações e as relações existentes entre micro e macro realidades⁹⁰. Em nosso estudo, a perspectiva de triangulação foi feita pela articulação entre métodos qualitativos, contemplando distintos pontos de vista dos sujeitos e descrições críticas de estruturas e práticas alguns dados descritivos sobre a oferta de serviços.

Por suas características este estudo se alinha, segundo Contandriopoulos, Champagne, Denis e Pineault⁹¹, num modelo de pesquisa que visa analisar uma intervenção no que tange a capacidade de recursos e serviços produzidos.

1.5.1 Operacionalização do estudo

As técnicas e instrumentos utilizadas foram de natureza **qualitativa, complementadas por questionário descritivo.**

Partindo do princípio que existe uma relação dinâmica entre fatos reais e a subjetividade dos atores que os vivenciam, a abordagem qualitativa foi utilizada no intuito de compreender as relações, visões e avaliações dos vários atores sobre o processo do qual participam, procurando entender que suas experiências e representações fazem parte da construção do mesmo⁹⁰.

Os resultados da pesquisa foram dispostos em três artigos. O primeiro, com o título “Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil”, constou de uma análise documental conduzida pelo método de análise do conteúdo, onde foram discutidos os limites e potencialidades das ações do então chamado Programa Sentinela, na época considerado uma importante estratégia de execução do 4º eixo do Plano Nacional, qual seja, o atendimento. O Programa Sentinela era apontado como o principal interlocutor no âmbito das ações governamentais para o atendimento às vítimas de violência. Esperava-se um estreitamento cada vez maior entre este programa e os serviços de saúde. Uma vez incorporado como um serviço no âmbito da proteção especial na estrutura do CREAS e, portanto, sob a lógica universalista e de

atenção integral do SUAS, havia a expectativa de ampliação das ações entre os dois setores, bem como a capilarização do atendimento. O artigo, redigido em 2008, não abordou a modificação ocorrida em 2009, qual seja, a diluição da estrutura organizada deste serviço e de sua suposta assimilação como ação cotidiana na proteção especial⁷⁹. As principais fontes de análise utilizadas foram o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, produzido pelo Ministério da Justiça e o Programa Sentinela, de autoria da então SEAS – Secretaria de Estado de Assistência Social, e do Ministério da Previdência e Assistência Social. Enviado para apreciação da Revista Saúde e Sociedade em 21 de outubro de 2008, foi aceito em 05 de outubro de 2009 e publicado no volume 19 n°1 de janeiro/março de 2010.

O segundo artigo “Abuso Sexual Infantojuvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento” apresentou a análise das ações constituídas pela SMSDC-RJ a nível central para garantir atendimento especializado às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, seus familiares e autores da agressão. A pesquisa foi de natureza qualitativa e a coleta de dados feita através de entrevistas semi-estruturadas com gestores das Gerências de Programa da Mulher, do Adolescente e da Criança, Assessoria de Promoção da Saúde, Superintendência de Atenção Primária do nível central da SMSDC-RJ, membros de comissões e fóruns de enfrentamento da violência sexual e representantes da SMSDC-RJ que atuam como conselheiros de direitos da criança e do adolescente (CDMA). O tempo utilizado em cada entrevista variou entre 45 minutos e uma hora e seu conteúdo versou sobre: o fluxo de atendimento estabelecido na rede, articulações intersetoriais, capacitações de gestores e profissionais de saúde, e procedimentos voltados para as vítimas, seus familiares e autores da agressão. Encaminhado à Revista Ciência e Saúde Coletiva em 27 de outubro de 2010, encontra-se no momento em fase de análise.

O terceiro artigo, utilizando a triangulação de métodos, analisou as condições de atendimento à população infanto-juvenil vitimizada em três unidades de referência municipais, uma de emergência, uma de acompanhamento de crianças e outra de seguimento de adolescentes, sob a ótica dos gestores e profissionais. Também de natureza qualitativa, teve como instrumentos a entrevista semi-estruturada e a aplicação de um questionário descritivo aos gestores (diretores) e profissionais dos três locais. O roteiro utilizado constou de três partes: a primeira versando sobre o atendimento propriamente dito, incluindo a estrutura física, privacidade, condutas adotadas (conforme aquelas preconizadas pela Norma Técnica) e os problemas vivenciados pelos profissionais neste tipo de atendimento; a segunda voltada para o atendimento das famílias e dos autores da agressão; a terceira, focando o suporte institucional que lhes é oferecido. Enviado à Revista Interface em 02 de fevereiro de 2011 para apreciação, encontra-se no momento também em fase de submissão.

Capítulo 2

Coletânea de Artigos

Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil

Analysis of public policies for combating sexual violence against children and adolescents

Ana Cristina Wanderley da Paixão I; Suely Ferreira Deslandes II

I Médica. Mestre em Ciências da Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz. Endereço: Rua Benjamin Pesset, 18, casa, Barra da Tijuca, CEP 22793-740, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: acwp@terra.com.br

II Doutora em Ciências. Pesquisadora Titular do Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz. Endereço: Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo, CEP 20250-020, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: desland@iff.fiocruz.br

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar a principal política pública brasileira para o enfrentamento da violência sexual infantojuvenil no Brasil (Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes) sob o enfoque do seu eixo de atendimento, denominado "garantia de atendimento integral e especializado". Através de uma análise documental conduzida pelo método de análise do conteúdo, são discutidos os limites e potencialidades das ações do Programa Sentinela, que constitui importante estratégia de execução do plano em sua meta "atendimento especializado e multiprofissional às vítimas de violência sexual e seus familiares". O estudo mostra que, apesar de contemplar a maioria das diretrizes propostas para o atendimento, o programa ainda apresenta dificuldades intersetoriais no que tange a articulação com a rede assistencial, processos de referência e contra-referência e interlocução dos profissionais envolvidos. Os indicadores de avaliação do atendimento são precários, inviabilizando o monitoramento adequado das ações realizadas. Por sua vez, as capacitações oferecidas aos profissionais que atuam no Sentinela não são sistemáticas, ocasionando uma falta de padronização de condutas de atendimento. No âmbito da Saúde, poucos são os serviços estruturados com equipes habilitadas para fornecer este tipo de atendimento. Conclui-se que, apesar de beneficiar muitas crianças, adolescentes e familiares em situação de violência sexual, o atendimento especializado ainda demanda, tanto na área social como na da saúde, maiores investimentos e reestruturações para o preenchimento das lacunas ainda existentes.

Palavras-chave: Políticas públicas; Violência sexual; Abuso sexual infantil

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the main Brazilian public policy for tackling sexual violence against children and adolescents (National Plan for the Combat of Sexual Violence Against Children and Adolescents), focusing on its assistance axis, called "guarantee of integral and specialized assistance". Based on a documental analysis carried out by the method of content analysis, this article discusses the limits and potentialities of the actions of Programa Sentinela (Sentry Program), which is an important execution strategy of the Plan concerning its goal "specialized and multiprofessional assistance for victims of sexual violence and their families". The study shows that in spite of complying with most of the guidelines proposed for assistance, the program still presents intersector difficulties regarding articulation with the assistance network, reference and counter-reference processes and dialogue among the involved professionals. The service's evaluation indicators are precarious, impeding the proper monitoring of the accomplished actions. In addition, the qualification programs offered to the professionals that work in Program Sentinela are not systematic; therefore, the assistance conducts are not standardized. In the scope of Healthcare, there are few structured services with qualified teams to provide this kind of service. Finally, the study shows that despite benefitting a lot of children, adolescents and relatives in situation of sexual violence, specialized assistance still demands larger investments and restructurings in the social and health areas to fulfill the gaps that still exist.

Keywords: Public Policies; Sexual Violence; Child Abuse.

Introdução

Estudos têm exaustivamente demonstrado que a violência sexual contra crianças e adolescentes ocorre em todos os estratos sociais (Gauderer e Morgado, 1992), não se limita a determinada etnia ou credo, independe de regimes políticos e econômicos, pode atingir crianças e adolescentes em todas as faixas etárias dentro e fora do ambiente familiar (Azevedo, 1989) e sua frequência é bem maior do que a estimada (Bittencourt, 1995).

Suas repercussões na saúde das crianças e adolescentes perpassam pela esfera psicológica, física, sociocomportamental e sexual, variando desde fobias, dores sem causa aparente, anorgasmia, ninfomania, até comportamentos considerados antissociais como a prostituição, pedofilia e perpetuação de ciclos de violência (Dubowitz e col., 1992).

Sob o ponto de vista social, ela aponta para a fragilidade e pouca eficiência dos sistemas legislativos, judiciários, educacionais, de assistência social e de saúde em prover e promover à infância e adolescência a proteção que lhes é devida (Child Welfare Information Gateway, 2003).

Segundo documento da Organização Mundial de Saúde (WHO) em 2002, estimou-se que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos foram obrigados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveram contato físico.

Apenas nas últimas três décadas o debate sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes adquiriu maior visibilidade por parte de órgãos governamentais, entidades civis e organizações não governamentais no País e no mundo.

Seu enfrentamento e prevenção ganharam maior destaque em 1996, quando se toma como pauta o combate à exploração sexual comercial. Nesse ano teve lugar o "I Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes" em Estocolmo, do qual o Brasil foi signatário. Como resultado deste primeiro encontro são elaboradas, no âmbito mundial, diretrizes, programas de ação e de cooperação nacionais

e internacionais, com o objetivo de erradicar este tipo de violência (Ministério Público de Santa Catarina, 2008). Sucedem-se consultas regionais destinadas às representações governamentais e civis de vários países, que resultam num maior conhecimento das dinâmicas sociais, econômicas e culturais da exploração sexual e de suas formas de enfrentamento, além de incitarem a mobilização dos governos nacionais para a adoção de políticas sobre o tema. Em 2001, no "II Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes" realizado em Yokohama, do qual o Brasil também foi signatário, são ratificados tais avanços e reafirmado o compromisso global de proteção das crianças contra o abuso e exploração sexual (Unicef, 2001). Em 2008 teve lugar o 3º Congresso, no Rio de Janeiro. Nesse encontro foi apresentada a "Declaração e Pacto do Rio de Janeiro", que estabelece um acordo de ações integradas e sistêmicas para combater a violência sexual imposta ao público infantojuvenil em todo o mundo (Oliveira, 2008).

Cabe aqui corroborar a importância destes eventos, que exercem uma força propulsora nas ações dos países signatários para o combate e prevenção da violência sexual infantojuvenil.

O Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil

No Brasil, a temática do abuso sexual de crianças e adolescentes adquire maior expressão política na década de 1990, com a instituição do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069/90 (CEDCA, 2000; Diário do Senado Federal, 2004). Retratando uma maior maturidade e engajamento por parte da sociedade brasileira, ampliam-se as atuações de Organizações Não Governamentais (ONGs), criam-se Fóruns, Conselhos e inicia-se a consolidação dos movimentos sociais e políticos para a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Respondendo pela integração dos atores sociais e governamentais a favor da efetivação do ECA, entra em funcionamento o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), com a responsabilidade de implementar Conselhos em estados e municípios. Estabelecem-se Conselhos de Direito e Tutelares. Os primeiros, órgãos deliberativos e paritários, responsáveis pela definição da política de atendimento e controle do orçamento da criança, em integração com todas as políticas e os Conselhos Tutelares com o papel de

zelar para que as medidas de proteção, apoio e orientação às crianças e aos adolescentes sejam cumpridas (Cecria/Amencar/Unicef, 2000).

A pressão da sociedade, através de Fóruns, ONGs e Conselhos, sobre o Legislativo, o Executivo, a Mídia e as Agências Internacionais para a inclusão da violência sexual contra crianças e adolescentes na agenda das políticas públicas brasileiras é então reforçada (ibidem).

A partir de 1993, instituem-se no Brasil alguns marcos históricos do enfrentamento do abuso sexual contra as crianças e adolescentes. Em junho desse mesmo ano é elaborado o relatório da primeira Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar as redes de exploração sexual de crianças e adolescentes, trazendo à tona inúmeros casos de violação dos direitos infantojuvenis e evidenciando a falta de políticas sociais básicas e de atendimento às vítimas (Libório, 2005; Leal, 2006; Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2007).

Com o apoio do Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), são criados em várias cidades do país Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (Cedeca), com a finalidade de desenvolver mecanismos de proteção, prevenção e atendimento às crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência sexual (Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2007).

Visando criar propostas para o Congresso Mundial Contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes em Estocolmo, em 1996, é realizado em Brasília o "Encontro das Américas", fomentado pelo Cecria - Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes e outros parceiros. Ganham força as frentes, campanhas e redes e, em 1997, é realizada a II Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, com o lema "criança e adolescente, prioridade absoluta" (Cecria/Amencar/Unicef, 2000). Sua proposta era

"promover uma ampla mobilização social nas esferas municipal, estadual e nacional para avaliar a situação de implementação dos direitos da população infantojuvenil como prioridade absoluta, em especial no que se refere aos eixos temáticos do Conanda - trabalho infantojuvenil, violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes, ato

infracional, Conselho Tutelar, orçamento público e fundos, bem como propor diretrizes para sua efetivação" (p. 47).

Após tal evento, neste mesmo ano, a Abrapia - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, em parceria com o Ministério da Justiça, Unicef e Embratur, implanta uma Recria - Rede de Informações sobre Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, visando fornecer suporte para os bancos de dados existentes ou a serem desenvolvidos regionalmente, no intuito de atender a demanda por informações sistematizadas nessa matéria e subsidiar as políticas públicas, a pesquisa e a capacitação (Cecria, 2008). Além disso, a Abrapia cria o Disque-Denúncia, com o objetivo de acolher denúncias de qualquer modalidade de violência contra crianças e adolescentes, crimes de tráfico de pessoas e desaparecimento de crianças. Em 2003, este serviço passa a ser coordenado e executado pela SEDH - Secretaria Especial dos Direitos Humanos, em parceria com a Petrobrás e o Cecria. Desde 2006, com o nome Disque 100, ele recebe, analisa e encaminha as denúncias aos órgãos de defesa e responsabilização, conforme competência e atribuições específicas, num prazo de 24 horas, preservando o sigilo da identidade do denunciante (Presidência da República, 2007).

Num período assinalado por grandes articulações e mobilizações da sociedade, dos três poderes e de organizações internacionais, visando alcançar maior eficiência, efetividade e eficácia dos programas sociais de enfrentamento da violência sexual, procurando que os mesmos se complementassem e potencializassem, foi elaborado em junho de 2000, na cidade de Natal, o "Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes". Participaram de sua elaboração representantes do Legislativo, Judiciário, Ministério Público, órgãos dos Executivos Federal, Estadual e Municipal, e organizações não governamentais nacionais e internacionais (Brasil, 2001).

Importante mencionar que este plano, já com oito anos de criação, por deliberação do Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, encontra-se neste momento em processo de avaliação e revisão, tendo como pano de fundo os impactos e resultados das ações desencadeadas pelas diretrizes de suas políticas (Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2008).

Neste artigo são analisadas as ações e metas do Plano Nacional, no que se refere ao eixo "atendimento especializado às vítimas de violência sexual comprovada", enfatizando a sua atuação no âmbito da saúde. O foco de debate será o atendimento sugerido às vítimas, discutindo suas potencialidades e limitações.

Metodologia

Foi empreendida uma análise de documentos oficiais, sendo ela conduzida pelo método de análise do conteúdo, seguindo a orientação da análise temática (Bardin, 1979), adaptada para abordagens qualitativas (Minayo, 2002), visando contextualizar este material com a realidade do atendimento na Rede Pública, as condições de acompanhamento e suporte direcionadas à situação de abuso sexual relatada na literatura.

Os principais documentos utilizados como fonte de análise foram (1) o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, produzido pelo Ministério da Justiça e (2) o Programa Sentinela, de autoria da então SEAS - Secretaria de Estado de Assistência Social, e do Ministério da Previdência e Assistência Social.

A operacionalização da análise foi realizada a partir de uma leitura de aproximação dos textos, identificando seus componentes e estrutura, seguida de uma leitura flutuante que permitiu identificar aspectos relevantes ao tema e criar hipóteses de tratamento do acervo. A seguir, foi feita a análise do conteúdo, identificando os temas ali presentes. Buscou-se, então, delimitar os núcleos de sentido e suas categorias. Finalmente, na fase interpretativa, as informações mais pertinentes foram analisadas de acordo com o quadro teórico proposto, integrando categorias analíticas e empíricas (Minayo, 2002).

O Plano Nacional: diretrizes e objetivos oficiais

Com a intenção de assegurar a proteção integral às crianças e aos adolescentes em situação ou risco de violência sexual, a finalidade do Plano Nacional consiste em

fomentar um conjunto de ações organizadas de forma a permitir uma intervenção política, técnica e financeira para o combate a violência sexual infantojuvenil (Brasil, 2001).

Seu quadro operacional é estruturado em torno de seis eixos estratégicos: (a) Análise da Situação - conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o país, o diagnóstico da situação do enfrentamento da problemática, as condições de garantia de financiamento do plano, o monitoramento e a avaliação do plano e a divulgação de todos os dados e informações à sociedade civil brasileira; (b) Mobilização e Articulação - fortalecer as articulações nacionais, regionais e locais de combate e eliminação da violência sexual; comprometer a sociedade civil no enfrentamento dessa problemática; divulgar o posicionamento do Brasil em relação ao "sexo turismo" e ao tráfico para fins sexuais e avaliar os impactos e resultados das ações de mobilização; (c) Defesa e Responsabilização - atualizar a legislação sobre crimes sexuais, combater a impunidade, disponibilizar serviços de notificação e capacitar os profissionais da área jurídico-policial; implantar e implementar os Conselhos Tutelares, o Sopia - Sistema de Informação para Infância e Adolescência, e as Delegacias especializadas em crimes contra crianças e adolescentes; (d) Atendimento - efetuar e garantir o atendimento especializado e em rede às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e às suas famílias, por profissionais especializados e capacitados; (e) Prevenção - assegurar ações preventivas contra a violência sexual, possibilitando que as crianças e adolescentes sejam educados para o fortalecimento da sua autodefesa; atuar junto à Frente Parlamentar no sentido de desenvolver a legislação referente à internet e (f) Protagonismo Infantojuvenil - promover a participação ativa de crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos e comprometê-los com o monitoramento da execução do Plano Nacional (ibidem, p. 11).

O eixo "garantia de atendimento integral e especializado", foco deste artigo, tem como metas que dizem respeito ao campo da saúde: (a) criar e articular uma rede de serviços destinada ao atendimento de pessoas em situação de violência sexual; (b) prover atendimento multiprofissional especializado para as crianças e os adolescentes sexualmente vitimizados, seus familiares e autores deste agravo; (c) priorizar a inclusão destas vítimas e seus familiares em programas de saúde; (d) criar programas de intervenção; (e) priorizar o trabalho psicossocial com as famílias em todos os programas

de atendimento a situações de violência sexual e (e) desenvolver programas de formação locais ou em consórcios municipais para profissionais e agentes que atuam em programas e instituições de atendimento a situações de violência sexual (ibidem, p.31, 32).

Revelando a maturidade da formulação desta política, para cada um dos eixos são preconizados indicadores de avaliação. Os indicadores iniciais de efetividade do eixo "atendimento" seriam a "implementação de programas de acompanhamento para as crianças e adolescentes e seus familiares", "implementação de serviços de assistência psicossocial às crianças e adolescentes e suas famílias" e "aumento do acesso ao atendimento de crianças e adolescentes nos serviços de saúde sexual gratuito" (ibidem, p. 42, 43; Silva, 2001).

A primeira ação concreta empreendida pelo governo federal dentro do cumprimento destas metas preestabelecidas foi a criação do Programa Sentinela. Com seu foco voltado para o atendimento psicossocial, desempenha, até hoje, um papel organizador das demandas.

Programa Sentinela

Idealizado dentro de uma concepção de gestão intergovernamental, de caráter intersetorial, o Programa tem suas diretrizes e normas estabelecidas em dezembro de 2001, através da portaria nº 878/2001, e sua implantação iniciada em 2002, sob a responsabilidade da extinta SEAS - Secretaria de Estado de Assistência Social, do Ministério da Previdência e Assistência Social (Brasil, 2002b). Seus objetivos gerais consistem em "atender, no âmbito da política de assistência, através de um conjunto articulado de ações, crianças e adolescentes vitimados pela violência, enfatizando o abuso e a exploração sexual" e "criar condições que possibilitem às crianças e aos adolescentes vitimados e suas respectivas famílias, o resgate e a garantia dos direitos, o acesso aos serviços de assistência social, saúde, educação, justiça e segurança, esporte, lazer e cultura, guardando compromisso ético, político e a multidisciplinaridade das ações" (Brasil, 2001). A efetivação destas metas demanda que os trabalhos de todas as instâncias dentro das competências de cada esfera do governo sejam pactuados e

integrados e envolvam, em todas as etapas, a participação da sociedade civil (Avancini, 2006).

A implementação do Sentinela foi feita através da criação de Serviços e Centros de Referência, dotados de estrutura física e recursos humanos para o desenvolvimento dos atendimentos sociais especializados. O critério de seleção de locais para implantar o programa se baseou nos municípios com "ocorrências" notificadas de casos de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência, fosse ela familiar, social ou de exploração comercial, localizadas em regiões que compreendam capitais e Distrito Federal, regiões metropolitanas, polos turísticos, regiões portuárias, grandes entrepostos comerciais, entroncamentos rodoviários, zonas de garimpo e regiões de fronteira (Brasil, 2001).

Os documentos oficiais asseveram que os atendimentos nos centros são realizados por equipes multiprofissionais, essencialmente voltados para o suporte psicossocial, educacional e jurídico das vítimas e familiares e, segundo pesquisas, apresentavam boa efetividade (Tribunal de Contas da União, 2004). Caso os pacientes necessitem de ser socorridos e acompanhados por outras instituições, como hospitais e Postos de Saúde, é preconizado que sejam encaminhados para a rede assistencial, através de mecanismos de referência e contrarreferência (ibidem; Brasil, 2006a).

Segundo o Marco Legal produzido pelo Ministério da Saúde, o atendimento médico é realizado no âmbito do SUS - Sistema Único de Saúde, operacionalizado de forma descentralizada, com autonomia centrada nos estados e municípios, facilitando a integração entre os diversos setores que poderão planejar e articular políticas comuns de atenção à população infantojuvenil a partir de sua realidade local (Brasil, 2005a).

Até 2003, o programa havia sido implantado em 331 dos 5.561 municípios brasileiros, correspondendo a 5,95% do total e 19.245 crianças haviam sido atendidas, 9.255 delas, vítimas de abuso ou exploração sexual.

Os recursos financeiros do Sentinela procediam das três esferas do governo, federal, estadual e municipal. Aos centros foram destinados, em 2003, R\$ 26.317.035,00 provenientes de recursos federais, tendo sido utilizados 90% dos mesmos. Os valores foram definidos de acordo com a modalidade e capacidade de atendimento, quais sejam, 50 atendimentos diurnos ou 80 diuturnos (Tribunal de Contas da União, 2004).

Com o Plano Plurianual 2004/2007, foi instituído o Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, de responsabilidade da SEDH, que abarcou o Sentinela, destinando a ele R\$ 108.000.000,00, cerca de 80% dos recursos previstos para o programa (ibidem).

Refere o Ministério da Justiça que em agosto de 2005, a cobertura do Sentinela atingiu 1.104 municípios, com garantia orçamentária para mais 790, computando um montante executado da ordem de R\$ 35,59 milhões. Os atendimentos alcançaram em torno de 30.000 crianças e adolescentes e mais de 1.000 familiares (Brasil, 2006b).

Em 2006, com a implantação do Suas - Sistema Único de Assistência Social, o Sentinela passou a se inserir como serviço do Creas - Centro de Referência Especializada de Assistência Social, obedecendo às Normas Operacionais Básicas da Política Pública de Assistência Social. (Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2006; Brasil, 2006a), que visam

"promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS" (Brasil, 1997 p. 6).

Discussão

Potencialidades, limites e inter-relações do Plano Nacional e do Programa Sentinela

O teor dos documentos pesquisados indica uma forte mobilização das instituições governamentais, não governamentais e da sociedade civil, no intuito de lutar contra o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil.

A iniciativa de construir um Plano Nacional que pudesse nortear as condutas de todos os estados do País abre as portas para uma mudança, seja ela em tornar público o problema da violência e exploração sexual, seja em mobilizar recursos diversos para seu enfrentamento.

Entretanto, a despeito de sua grande potencialidade, alguns pontos são passíveis de considerações, discussões e questionamentos. Inicialmente, nossa atenção é despertada para o fato que este Plano, como vários outros que compõe o escopo das políticas públicas, se operacionaliza através de planos estaduais e municipais de enfrentamento da violência. Segundo referência de 2004, 13 estados ainda não possuíam (Presidência da República, 2004) nenhuma elaboração neste sentido. A realidade desta situação leva também ao questionamento de como se dá o "atendimento integral" às crianças e adolescentes nos municípios ainda desprovidos de rede assistencial adequada. Entende-se que "integralidade" implica assistência multidisciplinar envolvendo várias especialidades que interagem para fornecer respostas às demandas e necessidades (Spink, 2007).

Verifica-se, ainda, certo descompasso entre algumas metas preconizadas no eixo atendimento e os indicadores iniciais de sua avaliação. Apesar de extremamente abrangente, o Plano Nacional não aponta formas de ajuizar sobre o atendimento aos autores da violência sexual, sobre a priorização das vítimas e familiares nos programas de saúde e tampouco sobre os programas de formação para os profissionais e agentes que lidam com este agravo. Entendemos que para uma melhor avaliação do cumprimento das propostas preestabelecidas faz-se necessária uma maior identificação qualitativa e quantitativa dos instrumentos disponíveis para sua mensuração, assim como uma maior especificação metodológica para sua construção.

A criação do Programa Sentinela como primeiro acontecimento advindo do Plano Nacional refletiu e confirmou o engajamento do governo brasileiro nesta luta. Sua implantação, apesar de extremamente complexa, ocasionou não só uma maior

visibilidade sobre a questão do abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, como também potencializou a focalização das ações, a sensibilização e mobilização dos vários setores governamentais e da sociedade civil. Foi, inclusive, considerado pela Unicef como uma ação exemplar a ser adotada pelos demais países das Américas (Brasil, 2002a).

Este programa cumpre quase todas as metas do Plano Nacional que visam o "atendimento", com o enfoque ampliado da saúde. Estabelecer uma reflexão crítica do Sentinela e da eficiência de suas ações é uma das formas de analisar este eixo do Plano.

Pontos iniciais que merecem destaque dizem respeito a sua implantação. Até 2005, o Sentinela encontrava-se presente em apenas 19,85% municípios do País, ou seja, com todo o seu mérito, sua cobertura ainda fica muito aquém da necessária e desejada para um país tão suscetível à violência sexual por suas condições socioeconômicas, de fronteiras e turismo como o Brasil (Tribunal de Contas da União, 2004).

O critério de seleção dos municípios para a instalação dos centros de referência é polêmico. Basear a escolha em "ocorrências" notificadas em Conselhos Tutelares de casos de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência familiar, social ou de exploração comercial minimiza e subestima a realidade brasileira. O Brasil possui uma grande extensão territorial e grande diversidade cultural; parte da população vive em condições de extrema pobreza, além de existir uma enorme desigualdade estrutural baseada na dominação de classes, gênero e raça. Tais situações são extremamente propiciadoras à violência sexual infantojuvenil, seja ela por abuso ou exploração, em todo o País. Como então delimitar municípios por "ocorrências" notificadas? Esta definição ignora os registros feitos em delegacias e telefonemas ao disque 100? E ainda cabe perguntar: como ficam os municípios desprovidos de Conselhos Tutelares?

Focando as atuações que perfazem as diretrizes do Plano Nacional, a meta "criar e articular uma rede de serviços, em todos os municípios, destinada ao atendimento das pessoas vitimizadas em situações de violência sexual" demanda que o propósito seja compartilhado por todos os atores e instituições mobilizadas, não bastando apenas a vontade e determinação política para garantir a mudança de paradigma das políticas sociais. É necessário também aglutinar vontades e práticas no âmbito do governo e em

parceiros estratégicos da sociedade (Avancini, 2006; Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2006). Uma pesquisa sobre redes de prevenção realizada no sul do País avaliou a articulação entre as instituições parceiras de forma positiva, no que concerne o apoio mútuo entre programas, divisão de responsabilidade e referência/contrarreferência com informações dos casos recebidos (Njaine e col., 2006).

Já o TCU - Tribunal de Contas da União, numa avaliação do Sentinela em 2004, constatou uma grande dificuldade de articulação entre os diversos órgãos de atendimento, inclusive com desconhecimento por parte da rede de enfrentamento sobre o fluxo de encaminhamento dos usuários para as diversas áreas de interesse; eram poucas as opções de encaminhamento das vítimas para as redes de serviço assim como nestas não havia prioridade para o atendimento de abuso e exploração sexual; os profissionais da rede, por sua vez, não encaminhavam ou trocavam informações sobre as vítimas de abuso e exploração sexual com os centros de referência.

Algumas dessas situações foram comprovadas por Avancini (2006), num estudo sobre o trabalho em rede para a consolidação do Programa em Cascavel. Segundo a autora, as práticas institucionais eram de caráter fragmentado e pontual, não havia clareza do "trabalho em rede" e os profissionais foram descobrindo, em suas práticas solitárias, uma forma de trabalhar.

No que concerne à meta "prover o atendimento multiprofissional especializado para crianças e adolescentes, seus familiares e autores de violência sexual", o TCU (2004) ratificou que as atuações dos profissionais nos centros de referência são especializadas, multiprofissionais e direcionadas para situações de risco e que, mesmo com limitações, o programa tem em muito contribuído para o fortalecimento emocional e social das vítimas e seus familiares.

Entretanto, os recursos repassados pelo Governo Federal para os centros eram definidos de acordo com duas modalidades de atendimento, quais sejam, 50 ou 80 atendimentos por mês. Tal critério implica na desconsideração do tamanho das populações locais e seu potencial de demanda. O estado de Santa Catarina, por exemplo, com uma população, na época, de aproximadamente 5.000.000, tinha uma capacidade de

atendimento de 1.770 vítimas; já a Bahia, com cerca de 13.000.000 de habitantes, disponibilizava atendimento para 570 crianças e adolescentes (ibidem).

Foram igualmente por ele observadas algumas dificuldades no foco de atendimento preferencial dos centros de referência. Os casos eram prioritariamente de outros tipos de violência em detrimento daqueles de abuso e exploração sexual, conforme previsto pela regulamentação do programa. Segundo o TCU (2004), no município de Florianópolis existia uma fila de espera para atendimento de 1.400 crianças e adolescentes, 1/3 delas vítimas de violência sexual.

Outra situação encontrada foi a falta de padronização de conduta. Verificou-se que não havia uniformidade no tipo de atendimento fornecido pelos centros nos diversos municípios, uns com predominância psicoterapêutica, outros com trabalhos de grupo, outros ainda, tão somente, firmando diagnósticos iniciais para fins de encaminhamento (ibidem).

Corroborando as observações do TCU, numa reunião virtual dos coordenadores estaduais do Sentinela - Sudeste, em setembro de 2005, a representante do Rio de Janeiro referiu que em seu estado cada Sentinela encontrou sua própria maneira de atuar, intervindo de formas muito distintas, fato então criticado devido ao risco de fugir das propostas do programa. Enfrentando situações semelhantes, a representante da Secretaria de Estado do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social do Espírito Santo e o diretor do Programa Sentinela de Minas Gerais sinalizaram a necessidade de unificar os conceitos e procedimentos das equipes dos centros de referência (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2005).

Acresce-se, ainda, como fator complicador no atendimento especializado, a insuficiência de dados registrados sobre os atendimentos e encaminhamentos para a rede, como hospitais, escolas, abrigos e a pouca clareza no que tange o acompanhamento das vítimas, demonstrando uma falta de sistematização dos procedimentos e evidenciando a carência de monitoramento e supervisão técnica dos governos estaduais, municipais e federal (Tribunal de Contas da União, 2004).

Em concordância com esta avaliação, Ribeiro e colaboradores (2004), numa pesquisa sobre casos de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes documentados no Centro de Referência e Conselhos Tutelares de Ribeirão Preto, constataram a escassez de informações nas fichas de atendimento sobre dados envolvidos nos abusos sexuais e a não uniformidade dos termos empregados para designar o fenômeno. Tal situação é mais um alerta para a necessidade de um atendimento contextualizado dentro de uma rede que pensa, age e trata de forma integrada

Outro aspecto desta meta do Plano Nacional não contemplada pelo Programa Sentinela foi o atendimento especializado multiprofissional para os autores de violência sexual infantojuvenil. Dentro dos levantamentos realizados foram encontrados poucos serviços de suporte aos autores dessa violência em ONGs, como o NAV - Núcleo da Atenção à Violência, no Rio de Janeiro, a Taba em Campinas¹ e um Programa de Extensão das faculdades de psicologia, assistência social e educação da Universidade Católica de Goiás - a Aldeia Juvenil. Apesar da representação social da figura do autor de abuso sexual impelir a sociedade a marginalizá-lo, devemos lembrar que tais indivíduos necessitam de tratamento e acompanhamento psicossocial, não só pela gravidade do ato cometido como pela possibilidade de reincidência (Jesus, 2006; Njaine e col., 2006).

A oferta de atendimento a estes sujeitos já é uma realidade em alguns países. Nos Estados Unidos, em 1996, o National Institute of Corrections e o State Justice Institute criaram o CSOM - Center for Sex Offender Management, com a função de oferecer suporte, intercâmbio de informações, treinamento e assistência técnica a jurisdições locais e estaduais no atendimento a autores de violência sexual. Com tal medida, todos os estados americanos possuem serviços de atendimento ao abusador e seus profissionais e membros das comunidades se capacitam com o CSOM (Center for Sex Offender Management, 2008).

A terceira meta consiste em "incluir, prioritariamente, crianças e adolescentes em situação de violência sexual e suas famílias nos programas de saúde". Para torná-la efetiva, além de demandar uma rede articulada, é preciso que os trâmites dos encaminhamentos sejam bem orientados. É inquietante desconhecer mediante quais condições este programa, apesar de buscar fornecer toda a assistência psicológica e

social às vítimas e suas famílias, referencia as pacientes para os primeiros cuidados médicos, assim como para o acompanhamento de pediatras e ginecologistas. Serão "todas" ou a absoluta maioria das vítimas atendidas pelo Sentinela direcionadas aos serviços de saúde ou reduzidas a "eventuais" conduções para hospitais de emergência e postos de saúde? Os desdobramentos da violência sexual, conforme já mencionado, não se restringem a esferas psicológicas e sociais, podendo causar doenças orgânicas de extrema gravidade, algumas só notadas longo tempo após a agressão; lesões físicas a curto, médio e longo prazos que necessitam de um olhar ampliado e especializado para serem percebidas e tratadas.

A partir daí, surgem novas dúvidas. Os hospitais de emergência e postos de saúde possuem estrutura física e equipes em número suficiente e devidamente capacitadas para receber essa demanda? É de domínio público que muitos desses locais nem sempre estão preparados para atender tais casos e os profissionais de saúde, na maioria das vezes, não estão adequadamente habilitados para um atendimento tão diferenciado (Amaro e col., 2008).

Um estudo sobre o Sistema Único de Saúde e o enfrentamento da violência infantojuvenil, realizado por Araújo (2005), mostrou que o número de serviços especializados para fornecer atenção às vítimas não é suficiente, apesar dos investimentos expressivos.

No que diz respeito a modelos de atendimento, ainda não foi publicado nenhum documento de procedimentos técnicos voltado para crianças. Entretanto, é importante lembrar que em 1999 o Ministério da Saúde publicou uma Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 2005b) que, apesar de poder beneficiar as crianças através das orientações ali contidas, não traz orientação técnica sobre acolhimento e acompanhamento para esta faixa etária. Torna-se, porém, oportuno mencionar que algumas dificuldades ainda são encontradas para o cumprimento dos procedimentos ali determinados. Entre elas encontra-se a interrupção da gestação decorrente de violência sexual. Apesar de permitida pelo decreto-lei nº 2.848 do Código Penal, art.128, inciso II (Brasil, 2009) e respaldada pelo art. 43 do Código de Ética Médica (Cremerj, 2007), na prática, a realização deste processo é efetuada em poucos hospitais.

Até 2006, segundo o MS, apenas 52 instituições no Brasil forneciam serviços de aborto legal (Brasil, 2006b). Alguns dos motivos das dificuldades de acesso perpassam por falta de conhecimento dos direitos humanos por parte dos profissionais de saúde, motivos de fórum íntimo, questões religiosas, éticas e "de consciência" amparadas pelo Código de Ética Médica até a resistência de alguns à legislação correspondente ao abortamento de gestação decorrente de violência. Esta realidade brasileira, até agora não adequadamente resolvida, abre uma porta para a procura de serviços clandestinos, aumentando a morbi-mortalidade das adolescentes (Galli e col., 2006).

Ainda dentro da conjuntura "eixo de atendimento do Plano Nacional e os respectivos objetivos e ações do Sentinela", a meta "desenvolver permanentemente programas de formação (cursos presenciais, cursos à distância, supervisão), locais ou em consórcios municipais para profissionais e agentes que atuam em programas e instituições de atendimento a situações de violência sexual" suscita alguns questionamentos. Apesar de tal medida constar das finalidades específicas do programa, não se encontra inserida dentro das atividades desenvolvidas pelos centros e serviços de referência. Conforme o TCU (2004), o governo federal e os estaduais não ofereciam capacitações para os técnicos de forma sistemática, sendo estas relegadas ao esforço e custo pessoal dos profissionais.

Integrando o Programa de Enfrentamento ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, as ações do setor saúde nos municípios e estados têm-se voltado para a melhoria da qualidade de atendimento nos serviços fornecendo habilitações, ampliando o olhar para detecção de sinais sugestivos de violência sexual, estimulando a notificação e composição no acompanhamento psicossocial das vítimas. Cabe no entanto lembrar que, apesar do número de capacitações oferecidas pelas Secretarias Municipais para aqueles interessados na temática, elas não são especificamente direcionadas a determinados grupos de profissionais, hospitais ou postos de atendimento que, supostamente, deverão receber as vítimas e seus familiares provenientes dos centros de referência.

Paixão (2005), numa pesquisa sobre a relação médico-paciente, constatou que os médicos de um posto de saúde municipal que atendiam casos de abuso sexual, com grande número de notificações, não recebiam capacitações, fosse porque não eram

comunicados ou porque a instituição não podia liberá-los de suas atividades no Posto, sendo seu trabalho realizado de forma intuitiva e pessoal.

Conclusão

A análise dos documentos e artigos aqui citados permite inferir que no País tem-se empreendido importantes estratégias para enfrentar e prevenir a violência sexual contra crianças e adolescentes. Grandes foram os avanços conquistados com a instituição do Plano Nacional e a implantação do Programa Sentinela. Entretanto, alguns desajustes ainda minimizam a sua eficácia no que tange ao atendimento especializado. Entre eles encontra-se a deficiência de indicadores que permitam um bom monitoramento e avaliação das ações empreendidas nos vários municípios para a sua realização. Esta carência mascara a identificação dos problemas locais, impedindo investimentos em atuações que visem corrigir ou mesmo suprir as lacunas existentes.

Por outro lado, as articulações entre o setor social e as redes de atendimento na Saúde são frágeis e pouco envolvidas nas estratégias de enfrentamento do fenômeno, necessitando a consolidação de uma agenda comum para universalizar um modelo eficiente de atendimento intersetorial.

Na Saúde, apesar dos investimentos realizados, é notória a necessidade de se ampliar e implantar serviços nesta área de atuação, assim como otimizar recursos humanos e materiais.

Além disso, as promoções de programas de habilitação profissional, apesar de se fazerem presentes, são pontuais, descontínuas e não direcionadas a segmentos específicos, prejudicando não só a formação dos profissionais que atuam diretamente com as vítimas como minimizando suas perspectivas sobre a integração e interdisciplinaridade exigidas pelo problema.

Conclui-se, então, que, não obstante os progressos alcançados, o atendimento especializado às crianças e aos adolescentes ainda se encontra em fase de construção, requerendo um maior comprometimento das instituições envolvidas neste processo.

Referências

AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M. L. A atuação do serviço de saúde na violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 171-180, 2008. [Links]

ARAÚJO, C. O. Sistema Único de Saúde e o enfrentamento ao abuso sexual cometidos contra crianças e adolescentes. 2005. Disponível em: <<http://www.caminhos.ufms.br/publicacoes>>. Acesso em: 10 jan. 2008. [Links]

AVANCINI, E. V. Trabalho em rede: condição para a consolidação do programa Sentinela no município de Cascavel. *Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Paraná, ano 3, n. 5, 2006. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/biblioteca.php#agora>>. Acesso em: 05 maio 2008. [Links]

AZEVEDO, M. A. Conseqüências psicológicas da vitimização de crianças e adolescentes. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989. p. 143-167. [Links]

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1979. [Links]

BITTENCOURT, C. B. F. Violência sexual contra crianças: implicações psicológicas. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. XXXI, n. 3, p. 420-424, 1995. [Links]

BRASIL. Ministério da Saúde. NOB-SUS 96: norma operacional básica do sistema único de saúde - SUS. Brasília, DF, 1997. [Links]

BRASIL. Ministério da Justiça. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. Brasília, DF, 2001. [Links]

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Combate ao abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes*. Brasília, DF, 2002a. Disponível em:

<http://www.abrasil.gov.br/avalppa/RelAvalPPA2002/content/av_pog/305/prog305.htm>. Acesso em: 20 jan. 2008. [Links]

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 878/2001, de 03 de dezembro de 2001, estabelece diretrizes e normas do Programa Sentinela, e dá outras providências. Republicada, no Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 abr. 2002b, por ter saído com incorreções do original, no Diário Oficial da União de 19/12/2001. Seção I. p. 91. [Links]

BRASIL. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF, 2005a. [Links]

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2. ed. Brasília, DF, 2005b. [Links]

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS: guia de orientação nº 1. Brasília, DF, 2006a. [Links]

BRASIL. Ministério da Justiça. Principais políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Brasília, DF, 2006b. Disponível em <http://www.mj.gov.br/sedh/mercosul/doc_reunion_mercosur.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2007 [Links]

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848 de 07.12.1940 alterado pela Lei nº 9.777 Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 ago. 2009. Seção I. n. 640. p. 4. [Links]

CECRIA/AMENCAR/UNICEF. Dez anos de estatuto da criança e do adolescente: avaliando resultados e projetando o futuro. Relatório de Pesquisa. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2000. [Links]

CECRIA - CENTRO DE REFERÊNCIA, ESTUDOS E AÇÕES SOBRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. Rede de informações sobre violência sexual de crianças e

adolescentes (RECRIA). Brasília. Disponível em:
<<http://www.cecria.org.br/recria/recria/index.htm>>. Acesso em: 11 maio 2008. [Links]

CEDCA - Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Viaman, 2000.140 p. [Links]

CENTER FOR SEX OFFENDER MANAGEMENT. About Csom. Office of Justice Programs, US Department of Justice, 1996. Disponível em:
<<http://www.csom.org/about/about.html>>. Acesso em: 23 maio 2008. [Links]

CHILD WELFARE INFORMATION GATEWAY. Emerging practices in the prevention of child abuse and neglect. Washington DC.: Office on child Abuse and Neglec, 2003. Disponível em:
<<http://www.childwelfare.gov/preventing/programs/whatworks/report/emergingna.cfm>>. Acesso em: 14 dez. 2007. [Links]

COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. Marcos históricos do enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília. Disponível em:
<<http://www.comitenacional.org.br/index.php/content/view/10.html>>. Acesso em: 1 out. 2007. [Links]

COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. O processo de revisão do Plano Nacional: relatório de acompanhamento 2007-2008. Brasília, DF, 2008. [Links]

COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Infanto-Juvenil: uma política em movimento: relatório de monitoramento 2003-2004. Brasília, DF, 2006. [Links]

CREMERJ - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO .
Código de Ética Médica: legislação dos conselhos de medicina. 16. ed. Rio de Janeiro,
2007. [Links]

DIÁRIO DO SENADO FEDERAL. Relatório nº1 do Congresso Nacional. Brasília, DF,
2004. [Links]

DUBOWITZ, H.; BLACK M.; HARRINGTON, D. The diagnosis of child sexual
abuse. American Journal of Diseases of Children. Chicago, n.146, p. 668-693, 1992.
[Links]

GALLI, B.; GOMES, E. C.; ADESSE, L. Representação sobre o aborto em serviço de
referência: entre direitos e deveres na atenção. IPAS BRASIL - Revista de Saúde Sexual
e Reprodutiva. Informativo eletrônico. Ed. 25, set./out. 2006. Disponível em:
<<http://www.ipas.org.br/revista/set06.html>>. Acesso em: 15 jun. 2008. [Links]

GAUDERER, E. C.; MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. Jornal
de Pediatria, Porto Alegre, v. 68, n. 7/8, p. 243-247, 1992. [Links]

JESUS, N. A. O círculo vicioso da violência sexual: do ofendido ao ofensor. Psicologia,
Ciência e Profissão, Brasília, v. 26, n. 4, p. 672-683, 2006. [Links]

LEAL, M. L. P. As Ongs no enfrentamento da exploração, abuso sexual e maus tratos
de crianças e adolescente: pós 1993. Brasília, DF, 2006. Disponível em:
<<http://www.cecria.org.br/banco/violencia.htm>>. Acesso em: 22 fev. 2007. [Links]

LIBÓRIO, R. M. C. Adolescentes em situação de prostituição: uma análise sobre a
exploração sexual comercial na sociedade contemporânea. Psicologia: Reflexão e
Crítica; Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 413-420, 2005. [Links]

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica.
In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). Textos em representações
sociais. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 89-111. [Links]

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. Declaração de Estocolmo. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/portal/portal_impresao.asp?campo=3294&conteudo>. Acesso em: 09 jan. 2008. [Links]

NJAINÉ, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1313-1326, 2006. Suplemento. [Links]

OLIVEIRA J. C. Declaração pede pacto de combate à violência sexual contra criança. Reportagem da Agência Câmara, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2008 Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/homeagencia/materias.html?pk=129174>>. Acesso em: 10 jan. 2009. [Links]

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. A relação médico-paciente diante do abuso sexual infantil. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 737-743, 2005. [Links]

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Guia escolar: métodos para identificação de sinais de abuso e exploração de crianças e adolescentes. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004. [Links]

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Disque Denúncia Nacional de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes - 100. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.cecria.org.br/bancos/Dados%20gerais%20.%20Rel%20ate%20novembro.doc?articleid=980>>. Acesso em: 20 maio 2008. [Links]

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. 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, 2004. [Links]

SILVA, C. A. V. da. Idade penal e co-responsabilidade social. In: Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (ABONG). Crianças, adolescentes e violência: subsídios à IV conferência nacional dos direitos da criança e do adolescente. São Paulo, 2001. p. 11-29. [Links]

SPINK, M. J. P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 18-27, 2007. [Links]

TCU - TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de avaliação de programa: Programa Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2004. [Links]

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. The Yokohama global commitment 2001. Yokohama, 2001. Disponível em: <<http://www.unicef.org/events/yokohama/outcome.html>>. Acesso em: fev. 2008. [Links]

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. Reunião virtual com coordenadores estaduais do Sentinela - Sudeste. Campo Grande, 2005. Disponível em: <<http://www.caminhos.ufms.br/especiais/view.htm?a=1158>>. Acesso em: 25 out. 2007. [Links]

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and health. Geneva, 2002. [Links]

Abuso Sexual Infantojuvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento
Child sexual abuse: actions of municipal Health to ensure assistance

Ana Cristina Wanderley da Paixão

Mestre em Ciências da Saúde da Criança e da Mulher

Médica

Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz

Rua Benjamin Pesset nº18 casa

Barra da Tijuca – CEP 22793-740

Rio de Janeiro - Brasil

acwp@terra.com.br

Suely Ferreira Deslandes

Doutora em Ciências

Pesquisadora Titular

Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz

Av. Rui Barbosa 716

Flamengo – CEP 20250-020

Rio de Janeiro - Brasil

desland@iff.fiocruz.br

RESUMO

O artigo traz uma análise das ações da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para garantir o atendimento especializado à população infantojuvenil vítima de violência sexual. Trata-se de um estudo de caso que utilizou o método de análise do conteúdo de oito entrevistas de gestores do nível central desta Secretaria. Verificou-se que apesar da Secretaria ser atuante no combate a este tipo de agravo, seu maior investimento é voltado à prevenção. No que tange o atendimento, ela ainda enfrenta vários entraves relacionados a articulações com outras instituições, deficiência no número de serviços e de profissionais de saúde especializados, cobertura e oferta de capacitações.

Palavras-chave: violência sexual; maus-tratos sexuais infantis; políticas públicas.

ABSTRACT

The article brings an analysis of the actions of the Municipal Department of Health and Civil Defense of Rio de Janeiro to ensure the specialized care to the population of children and adolescents victims of sexual violence. This is a case study that used the method of analysis of content of eight interviews from managers of central level of this Department. It was found that despite the Department of Health be active in combating this kind of violence, its largest investment is directed to prevention. Regarding the attendance, it still faces several barriers related to articulation with other institutions, deficiency in the number of services and specialized health professionals, coverage and offer of professional capacitation.

Key-words: sexual violence; child abuse, sexual; public policies.

INTRODUÇÃO

O abuso sexual por sua representação social e repercussões à saúde se destaca como uma das mais impactantes formas de violência contra crianças e adolescentes. O Brasil, comprometido com a Convenção de Direitos Humanos, passou, a partir de 1990¹, a investir na formulação de políticas e medidas visando o enfrentamento deste tipo de violência contra a população infantojuvenil brasileira.

Visando afirmar estratégias de ações governamentais e não governamentais, o Ministério da Justiça / Secretaria de Estado dos Direitos Humanos instituiu, em 2000, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Seu objetivo consistia em assegurar um instrumento legítimo de garantia de direitos e defesa de crianças e adolescentes e fornecer diretrizes para a viabilização da política de atendimento estabelecida pelo Estatuto da Criança e Adolescente. Com vistas à sua consecução, ele seria disseminado através de planos estaduais e municipais adaptados para as necessidades e condições de cada local². Atualmente, todos os estados brasileiros possuem planos de enfrentamento da violência sexual³.

O Rio de Janeiro construiu seu Plano Estadual em 2006. Seu quadro operacional é estruturado em torno dos seis eixos estratégicos do Plano Nacional, quais sejam : a. análise da situação; b. mobilização e articulação; c. defesa e responsabilização; d. atendimento; e. prevenção e f. protagonismo infanto-juvenil⁴. Seus objetivos são semelhantes, porém adaptados às possibilidades do Estado. O município do Rio de Janeiro também já tem o seu Plano de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes pronto, porém, ainda em vias de publicação. Considerando o fato deste Plano ainda não ter sido referendado, o presente artigo analisa as ações

realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) relativas às diretrizes estabelecidas no eixo “atendimento” do Plano Estadual de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes do Rio de Janeiro (PEEVSCA) focando o objetivo “Garantir o atendimento especializado às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e a suas famílias, incluindo o autor da agressão”.

METODOLOGIA

Esta pesquisa traz um estudo de caso das ações realizadas no nível central da SMSDC-RJ para garantir atendimento especializado às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, com extensão a seus familiares e autores da agressão. A escolha deste município como caso deve-se ao seu pioneirismo na instituição da notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes e na criação de um núcleo, revelando possuir longa experiência na abordagem do tema.

Segundo Yin⁵, o estudo de caso é uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre os fenômenos e o contexto não estão claramente definidos. Ele possibilita uma descrição aprofundada e uma análise mais detalhada do caso em questão, com o objetivo de compreendê-lo em seus próprios termos.

Operacionalização do Estudo

As técnicas e instrumentos utilizados foram de natureza qualitativa. Partindo do princípio que existe uma relação dinâmica entre fatos reais e a subjetividade dos atores que os vivenciam, a abordagem qualitativa foi escolhida no intuito de compreender as relações, visões e avaliações dos vários atores sobre o processo do qual participam, procurando entender como suas experiências e representações estão vinculadas⁶.

Foram feitas oito entrevistas semi-estruturadas com gestores das Gerências de Programa da Mulher, do Adolescente e da Criança, Assessoria de Promoção da Saúde e Superintendência de Atenção Primária do nível central da SMSDC-RJ no período de maio a junho de 2010. Os critérios de inclusão foram: ser gestor, no nível central, de programas atuantes na atenção às crianças e adolescentes; ser membro designado pela SMSDC-RJ no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente. Dos oito entrevistados, dois ocupavam o cargo há cerca de um ano. Os demais já atuavam no nível central da SMSDC-RJ durante a construção do Plano Municipal de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.

As gravações foram realizadas em ambiente reservado, respeitando a privacidade dos depoentes. Posteriormente, elas foram integralmente transcritas e identificadas com a letra G, numerada de 1 a 8 (G1, G2, G3 etc). No intuito de preservar o anonimato dos entrevistados, foram todos considerados do sexo masculino.

As entrevistas visaram identificar as ações da SMSDC-RJ, voltadas para o atendimento especializado às crianças e adolescentes em situação de violência sexual, seus familiares e autores dessa agressão. O roteiro abordou os seguintes temas: o fluxo de atendimento estabelecido na rede; articulações inter-setoriais; capacitações de gestores e profissionais de saúde, e procedimentos voltados para as vítimas, seus familiares e autores do abuso. Após relato livre, foi demandado aos entrevistados que detalhassem o histórico de implementação, objetivos, público-alvo, duração, abrangência, capacidade de articulações inter-setoriais, resultados e avaliações das ações relatadas.

O acervo foi transcrito e analisado segundo os princípios da análise de conteúdo⁷, a partir de sua modalidade temática adaptada por Minayo⁸. Priorizou-se,

portanto, a interpretação hermenêutica dos sentidos latentes e manifestos nos relatos, em detrimento de codificações estatísticas de sua ocorrência.

A análise das entrevistas constou de uma fase de pré-análise onde foi feita uma leitura para estabelecer contacto com a integralidade discursiva do acervo, procurando identificar informações pertinentes aos temas pesquisados. Procedeu-se então à categorização dos temas e sub-temas. Buscou-se contextualizar este material com a realidade do atendimento na rede pública municipal e as condições de acompanhamento e suporte às vítimas de abuso sexual, seus familiares e autores da agressão, relatadas na literatura.

Finalmente, foram destacadas as informações pertinentes obtidas e interpretadas de acordo com o quadro teórico proposto⁹, qual seja, os objetivos do eixo atendimento do Plano Estadual. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Entendimento dos Gestores sobre os Planos Estadual e Municipal

O PEEVSCA foi construído no âmbito do Fórum de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, composto por entidades da sociedade civil e governamental envolvidas na temática. Sua criação reflete o esforço e interesse do estado em corresponder à solicitação governamental de implantar e disseminar as políticas de enfrentamento da violência sexual estabelecidas pelo governo federal. A instituição de um Plano Municipal demonstra a mobilização das organizações municipais para dar continuidade a esta tarefa que, por sua magnitude e complexidade, requer uma conjunção de forças, trabalho de equipe e parcerias nem sempre fáceis de serem alcançadas.

Foi abordada nas entrevistas a ciência dos gestores sobre o PEEVSCA e a colaboração da SMSDC-RJ na instituição do mesmo. A maioria dos depoentes manifestou conhecimento sobre a existência do Plano Estadual, sem, no entanto, saber o seu teor. *“Não conheço não. Quer dizer, eu sei que ele existe, mas eu não conheço, não tenho como avaliar o plano”* (G6). Apenas dois gestores referiram uma possível participação da SMSDC-RJ na sua elaboração. *“Provavelmente sim, mas eu já não sei se são as mesmas pessoas. Até estou em dúvida se eu mesmo participei...”* (G1).

Apesar de se presumir a participação da SMSDC-RJ na construção do Plano Estadual, as entrevistas apontam para uma articulação ainda frágil entre o estado e município na formulação das políticas de enfrentamento da violência sexual. Além disso, refletem uma lacuna na interlocução entre os próprios pares da Secretaria Municipal e pouca divulgação do Plano Estadual entre gestores municipais que atuam no mesmo campo.

Já no que tange o Plano Municipal, de forma positiva e engajada na temática, sete entrevistados afirmaram o envolvimento da Saúde na criação do mesmo. Um deles manifestou, inclusive, seu entusiasmo pela retomada dos trabalhos da Comissão Municipal de Enfrentamento após uma queda progressiva de produção entre 2001 e 2004.

“Essa comissão...criada em 2001...os profissionais se inseriram, ela perdeu um pouco, ela foi diminuindo. Em 2005 tem uma nova chamada e de 2005 pra cá é que eu venho participando(...) com esse objetivo, de formular o Plano Municipal de Enfrentamento da Violência. (...) Só que não está assim... nós estamos fazendo revisão de (...) mas ele está basicamente pronto.”(G5).

Não obstante, parte das entrevistas é pontuada por críticas ao sistema de gestão da SMS-RJ e do próprio plano, relacionadas à não participação de todos os gerentes de programas na sua criação, à informalidade na divulgação do plano aos gestores da Secretaria, dificuldade no processo de sensibilização de outras instituições para a temática e eventuais lacunas em sua construção na área da saúde, conforme relato:

“A gente soube desse plano num seminário de lançamento que convidaram pra falar. Convidaram o Programa de Adolescentes... e a (nome). foi apresentar. (...) em função dela ter freqüentado o Conselho de Direitos...Mas eu, do Programa da Criança não”(G8).

Observa-se a denúncia de um viés personalista, dado que os espaços de articulação não são ocupados visando o planejamento das ações institucionais.

A Organização da Rede de Serviços Governamentais

Para garantir o atendimento às vítimas, constam do Plano Estadual ações voltadas para a implantação de serviços especializados em áreas sem cobertura, potencialização de serviços já existentes e tratamento e acompanhamento das vítimas. Além disso, incluem-se nas diretrizes a promoção de intervenção interdisciplinar qualificada para as vítimas, familiares e agressores, através de rede articulada com instâncias de defesa e criação sistemática de cursos para profissionais que atuem em programas e instituições de atendimento às vítimas⁴.

Os depoimentos dos gestores sobre a rede de serviços foram diversificados e eventualmente divergentes. Enquanto um deles afirmava a existência de uma rede bem estruturada, dois ignoravam o estabelecimento de qualquer ação da SMSDC-RJ direcionada especificamente para violência sexual de crianças e adolescentes. Outros detalhavam ações como a criação da ficha de notificação, que não era específica, porém

englobava a temática. *“A implantação da ficha de notificação foi a primeira questão que foi colocada. (...) e dentro da ficha de notificação tem a questão da violência sexual”* (G4).

. fluxo de atendimento

Dentro da organização da rede, a criação de um fluxo de atendimento foi uma das ações citadas pela maioria dos entrevistados e por eles considerada como fundamental. Segundo relatos, ficaram estabelecidas como porta de entrada para ambos os sexos as emergências e maternidades do Município. Como parceiros e pólos de referência para o acompanhamento das crianças e adolescentes do sexo feminino foram eleitos o Hospital Jesus e o Hospital Maternidade Fernando Magalhães respectivamente, e os Centros Municipais de Saúde para os meninos. Entretanto, um entrevistado disse desconhecer para onde encaminhar as adolescentes agredidas para acompanhamento, evidenciando que algumas deliberações dentro do nível central da Secretaria não são compartilhadas por todos os membros deste grupo gestor. Este mesmo depoente também afirmou ainda existir certo desconhecimento por parte dos profissionais de saúde e dos Conselhos Tutelares (CT) sobre esta organização de atendimento.

“... muitos funcionários de saúde estão encaminhando os casos para o IML, porque é uma orientação dos Conselhos Tutelares... os profissionais de saúde, muitos, não estão com a informação que o Jesus é referência... tem que ficar muito claro para os profissionais que identificam o caso, a suspeita ou confirmação, para onde encaminhar, qual o papel... e isso não está claro na rede”(G4).

Nesta fala sugere-se o descumprimento ou desconhecimento das orientações estabelecidas pela SMSDC-RJ por parte dos CT, sendo por estes transmitidas informações equivocadas aos profissionais de saúde sobre os encaminhamentos. Além

disso, sinaliza para uma lacuna na interlocução entre o nível central da Secretaria e suas unidades.

Observa-se, porém, que essa ‘falta de conexão’ não é primazia do município do Rio de Janeiro ou mesmo do Brasil. Mesmo nos Estados Unidos, onde os investimentos na prevenção e tratamento das crianças sexualmente vitimizadas datam da década de 1970, ainda persistem problemas de comunicação entre instituições. Um estudo, realizado por Alvarez, Kenny, Donohue e Carpin¹⁰, sobre as falhas dos profissionais em notificarem casos de maus-tratos mostrou que uma das causas poderia ser atribuída à falta de clareza das orientações de alguns Serviços de Proteção às Crianças.

. interrupção legal da gestação

Apesar de não contemplado no escopo do fluxo de atendimento oficial, outro tema extremamente polêmico abordado por dois entrevistados foi a interrupção da gravidez decorrente de violência sexual.

Segundo um entrevistado, a SMSDC-RJ teve como iniciativa a criação do primeiro serviço de aborto legal no SUS para mulheres, extensivo a adolescentes. Ela estabeleceu uma parceria com a Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro (UISHP) e com o Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFMM) – este último já atendendo casos de abuso sexual – para que estes fizessem a interrupção das gestações oriundas de violência sexual. Esta junção de iniciativas deu origem a um seminário com um desenho bastante criativo, promovido pela SMSDC-RJ, onde os profissionais de ambas as unidades, pertencentes à mesma categoria, se reuniram aos pares (dois diretores, dois chefes de divisão, duas enfermeiras etc) para trocar experiências e discutir casos já atendidos. Um seminário enriquecedor, já que possibilita novos conhecimentos e sugestões para atendimentos com características semelhantes. Na

prática, atualmente, apenas o HMFMM segue prestando esse serviço às adolescentes e mulheres.

Contudo, é inquietante pensar que uma metrópole como o Rio de Janeiro, com uma população municipal superior a 6.000.000 de habitantes, só possua um hospital municipal de referência para este tipo de agravo. Outro questionamento que se coloca é até que ponto o posicionamento pessoal de alguns gestores frente à “interrupção da gestação” pode influenciar no grau de investimento da implementação desta política.

No Brasil, a autorização para o aborto nos casos de gravidez resultante de abuso sexual data de 1940, citada no artigo 128 do Código Penal. Em 1998 é publicada pelo Ministério da Saúde uma Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes – revisada e ampliada em 2005 – que regulamenta o aborto legal por meio do SUS¹¹, dando cumprimento à resolução nº 258 do Conselho Nacional de Saúde¹².

Essa ação não é legalizada em todos os países e, em alguns, só é permitida até determinado tempo de gestação. Na Colômbia, por exemplo, o aborto era considerado ilegal em qualquer circunstância até 2006, quando o governo autorizou o primeiro abortamento para uma menina de 11 anos violentada por seu padrasto. Em El Salvador, Chile e Nicarágua esse procedimento continua sendo proibido até hoje. Já na Alemanha, apesar de uma lei de 1995 proibir qualquer indicação de abortamento, em casos de violência sexual, médicos e pacientes não são processados se realizarem a interrupção nas primeiras doze semanas de gestação. Entretanto, o governo não cobre as despesas do procedimento. Na Rússia, o abortamento nesses casos é permitido até as 22 semanas¹³. A postura de alguns países frente esse problema ainda é um entrave na luta pelos direitos reprodutivos da mulher e da adolescente, submetendo-as ao sofrimento de

uma gravidez indesejada, abortamentos ilegais e possíveis complicações que podem comprometer seu futuro reprodutivo ou levá-las à morte¹⁴.

. articulações inter-setoriais.

Devido à complexidade das demandas do atendimento dos casos de violência sexual, o PEEVSCA prevê a necessidade de articulações constantes entre os setores comprometidos com os desdobramentos da temática em questão. Segundo a maioria dos relatos as articulações intersetoriais eram frequentes, variando a instituição de acordo com o interesse comum do momento, fosse ele relacionado à implantação das fichas de notificação, fluxo ou produção de capacitações para profissionais. Entre os mencionados, órgãos governamentais como a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Justiça, Instituto Médico-Legal, Polícia, Secretaria de Assistência Social, Conselho Estadual dos Direitos da Mulher e Ongs como a Cidadania Estudo Pesquisa e Ação, a Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais, o Núcleo de Atenção à Violência, a Sociedade de Pediatria e o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli eram por eles considerados os parceiros mais constantes. Todavia, dois entrevistados referiram que nos últimos anos houve um decréscimo no estabelecimento de ações voltadas para a violência sexual e que só agora a SMSDC-RJ vem procurando retomar seus trabalhos.

É extremamente positivo comprovar o investimento da SMSDC-RJ para se articular com entidades governamentais e não governamentais, no afã de combater e prevenir o abuso sexual infanto-juvenil. Contudo, promover articulações e parcerias é um processo que depende de uma série de fatores ligados a cada instituição e vislumbra-se a preocupação dos gestores com a descontinuidade dessas ações para a manutenção da estrutura adequada para esse atendimento. Segundo Moyses, Moyses e Krempel¹⁵,

alguns dos obstáculos para se estabelecer a intersetorialidade seriam: a relutância dos segmentos que detém o poder em romper as tradicionais relações de trabalho; a dificuldade dos profissionais de saúde em ampliar seu olhar, muitas vezes contaminado pelo corporativismo e a dificuldade de compartilhamento do poder face o predomínio da setorização das rubricas do orçamento público, prejudicando a agilidade e resolutividade das ações.

. o atendimento às famílias

Perante a indagação sobre as ações voltadas para os familiares, pôde-se observar nas entrelinhas dos relatos dos gestores uma atitude favorável nesse sentido, sem, no entanto, sua concretização na rede de serviços. Um entrevistado referiu que dentro do protocolo da SMSDC-RJ é oferecido um atendimento em saúde mental e um encaminhamento ao Serviço Social. No entanto, o documento mencionado dita apenas as condutas básicas de atendimento de emergência, locais de atendimento e seguimento e envio da ficha ao CT e SMSDC-RJ, não fazendo dele parte os outros encaminhamentos para a vítima ou seus familiares. Todos os outros depoentes negaram qualquer procedimento por parte da Secretaria que envolvesse os cuidados supracitados. É mencionada, inclusive, a dificuldade dos gestores para sensibilizar a área de saúde mental da importância deste tipo de atendimento:

“Orientação da Secretaria, por exemplo, na época a gente não teve muita participação da saúde mental. Foi uma dificuldade nossa. Porque assim, eles estavam muito ocupados com a questão dos transtornos invasivos e ... não conseguiram participar junto com a gente nessa construção, não é?...eu acho que é uma coisa que não foi solidificada nessa área, sabe?” (G8).

Esta fala desenha claramente a intenção dos gestores municipais em aprimorar e incrementar o atendimento às famílias e os entraves que enfrentam no processo de

sensibilização e participação da saúde mental municipal, fundamental para a concretização de um bom atendimento. Considera-se que a atuação interinstitucional, mais que um princípio, é de absoluta necessidade perante a complexidade do problema¹⁶.

Outro relato, num entendimento peculiarmente equivocado sobre o papel da SMSDC-RJ na promoção de atenção às famílias, debita tal responsabilidade à atuação do CT e às unidades de saúde diante do atendimento orientado pela Norma Técnica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

“(...) você tem que fazer... é notificar ao Conselho Tutelar. O próprio Conselho Tutelar, quando as famílias não vão, eles vão lá chamar... ter contacto com a família..., porque o atendimento da criança e do adolescente tem que ter a participação da família... faz parte da Norma Técnica, mas aí é feito mais nas unidades onde está acontecendo o atendimento, não é? (...) não tem uma norma da Secretaria, uma ação determinada, voltada para isso” (G7).

Dois entrevistados citaram como ação voltada para os familiares das vítimas a produção de uma cartilha “protegendo nossas crianças e adolescentes”. Essa publicação é dirigida para a conduta dos pais perante os vários tipos de violência que podem cometer contra suas crianças e adolescentes. Embora esta seja uma ação de prevenção da violência doméstica relevante, ela não constitui um procedimento direcionado especificamente para os familiares das vítimas de abuso.

Em 2005, no município do Rio de Janeiro, de 269 casos de abuso sexual atendidos, 191 foram de origem intrafamiliar, sendo 47% deles perpetrados por pais ou padrastos¹⁷. Mediante as circunstâncias em que sucedeu a violência sexual e por quem

foi cometida, as reações familiares podem percorrer trajetos que variam desde a preocupação com a vítima pelo trauma sofrido até a vergonha, descrédito e desestruturação familiar¹⁸. Em verdade, independente da forma como ocorreu a agressão, os parentes próximos da criança ou adolescente necessitam de suporte, seja ele mental, social ou mesmo econômico. Corroborando com este preceito, Carvalho, Galvão e Cardoso¹⁹ num estudo sobre a percepção materna sobre o abuso sexual de suas filhas, constataram ser enfática a dificuldade das mães em conviver com a sensação de culpa por não terem podido evitar o sofrimento de suas filhas. Leventhal, Murphy e Asnes²⁰ acreditam que, independente das intensas reações dos pais ao abuso, estes encontram-se despreparados para lidar com as seqüelas emocionais e sócio-comportamentais dos filhos vitimizados. Além disso, a sociedade tende a culpabilizar a família pelo abuso e pelo estado em que a criança se encontra, chegando até a minimizar a atuação do agressor. Os autores afirmam ser necessário estender o tratamento à família, ajudando-lhes a se organizar após a agressão vivida. Ratificando-os, Yancey e Hansen²¹ entendem esta terapia como uma forma de interação estrutural e dinâmica nas relações entre os membros da família e a criança vitimizada. Eles consideram este tipo de suporte psicológico um importante fator prognóstico para a resiliência da criança. Entretanto, Ferreira²², numa avaliação de um ambulatório da família, ressaltou que *“havia muita resistência das famílias ao comparecimento à psicologia, muitas vezes não chegando sequer a agendar a primeira consulta”* (p. 168). A autora atribuiu o fato às características do atendimento psicológico e ao preconceito e estigma que podem envolver esse tipo de tratamento. Sustentando esta posição, Araújo²³ afirma que, apesar do atendimento às famílias ser fundamental, a carga de ansiedade é tão grande que elas tentam fugir dele, sendo por vezes necessário apoio legal para mantê-las em acompanhamento.

. o atendimento ao autor do abuso

Quando foi levantada a questão sobre ações dirigidas ao autor do abuso, dois entrevistados expuseram a preocupação da SMSDC-RJ com o assunto e citaram um projeto de atendimento em parceria com o Núcleo de Atenção à Violência (NAV) para que este atendesse os autores das agressões encaminhados, projeto este, segundo eles, atualmente extinto por falta de verba municipal. Sustentando a consideração da Secretaria sobre a temática, um deles ainda acrescentou que, apesar de terem sofrido pressão por parte do Ministério Público e do Juizado para que o agressor recebesse tratamento, após conversa com seus pares os gestores concluíram que não dispunham de pessoal suficiente este tipo de atendimento, já que para tal necessitariam supostamente de duas equipes, uma para atender à vítima e outra para o autor da violência.

Os outros depoentes foram taxativos em negar qualquer procedimento neste sentido. Um deles, apesar de reconhecer o mérito desse atendimento, isentou a Saúde desta responsabilidade. *“É super importante ter alguém que faça o atendimento do agressor mas não é o papel da Secretaria Municipal de Saúde, ou pelo menos nós não enxergamos nesse momento”* (G6).

Contrapondo-se ao comportamento social de estigmatização e exclusão do autor da violência sexual, o atendimento ao agressor é hoje uma reivindicação das entidades que trabalham com a temática. Este acompanhamento faz parte da política nacional de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, encontrando-se definida não só no PEEVSCA-RJ como no Plano Nacional.

Segundo estudos²⁴, no Brasil são muito poucos os serviços de atendimento a homens autores de agressão, sendo os programas mais consistentes e de certo destaque encontrados no Rio de Janeiro. Os atendimentos são realizados por duas instituições não

governamentais, NAV e NOOS (Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais), distintos e desvinculados de quaisquer iniciativas governamentais, estaduais ou municipais.

O atendimento aos agressores sexuais também é uma realidade em outros países. Na América Latina, o México foi o pioneiro em criar programas de atendimento a homens acusados de violência. Atualmente, já se encontra consolidado este tipo de atenção na Argentina, Peru, Nicarágua, Honduras e Chile, sendo que estes dois últimos oferecem programas governamentais²⁴. Nos Estados Unidos, em 1996, o National Institute of Corrections e o State Justice Institute criaram o Center for Sex Offender Management (CSOM) visando oferecer suporte, intercâmbio de informações, treinamento e assistência técnica a jurisdições locais e estaduais no atendimento a autores de violência sexual. Nos dias de hoje todos os estados americanos possuem serviços de atendimento ao agressor e seus profissionais e membros das comunidades podem se capacitar com o CSOM²⁵. Na Nova Zelândia, o Department of Corrections oferece programas de tratamento para agressores sexuais não só enquanto prisioneiros como também após serem soltos. Eles, inclusive, classificam o agressor segundo seu risco de reincidência e direcionam o tratamento mais adequado para a sua idade e para o tipo de vítima escolhida (adultos, adolescentes, crianças)²⁶.

. capacitações

Ainda no propósito da organização da rede de atendimento, as capacitações foram outro objeto de questionamento. Novamente os relatos não foram convergentes. Dois entrevistados ignoravam ter havido qualquer tipo de capacitação, fosse a nível de gestão ou de outros profissionais. Quanto à habilitação dos próprios gestores, a maioria referiu só ter ocorrido na fase da implantação do fluxo de atendimento. De forma mais

ampliada, um entrevistado colocou em pauta a postura favorável da SMSDC-RJ frente às capacitações de seus profissionais. *“Prá nós do nível central não. O que a Secretaria nos oferece como oferece a qualquer profissional é a possibilidade de liberação de uma carga horária... um abono de ponto...”* (G6).

Subentende-se nesta fala que, apesar de os gestores ainda se encontrarem deficitários em capacitações, existe o interesse institucional em incentivar o aperfeiçoamento de todos os seus membros. Tal abertura contribuiria de forma conclusiva para a formação de agentes multiplicadores de conhecimento nas unidades municipais de ponta.

Quanto aos profissionais de saúde, a maior parte dos entrevistados afirmou ter havido capacitações para os mesmos na fase de implantação da ficha de notificação e do fluxo de atendimento, negando, porém, que fossem permanentes, conforme as diretrizes do PEEVSCA apregoam. Reconhecendo as limitações de ofertas de aperfeiçoamento proporcionadas pela SMSDC-RJ, refere um gestor:

“A gente ofereceu aquela capacitação. Não houve uma educação permanente em relação às ações que a gente... a gente se ressentiu disso, a gente não conseguiu acompanhar aquelas equipes capacitando de uma forma sistemática... o que a gente tem é assim, algumas ações pontuais de fazer um seminário, ou dentro de um centro de estudos de promoção de saúde, fazer alguma questão em relação à violência.” (G8).

A partir deste relato deduz-se que os profissionais de saúde diretamente envolvidos, apesar de terem recebido uma primeira orientação e participado de eventuais grupos de estudo, precisam ainda ser beneficiados com um suporte educacional mais sistemático. Tal medida minimizaria o eventual risco de expor as

vítimas de abuso sexual a condutas clinicamente não padronizadas e encaminhamentos inadequados.

Já outro entrevistado afirmou que o programa da mulher, com a participação dos programas da criança e do adolescente, faz, anualmente, capacitações teóricas e discussão de casos, oferecendo vagas às unidades municipais. Estas seriam voltadas para as equipes que atendem violência sexual, com perfil multiprofissional.

. o acompanhamento e avaliação das ações realizadas

Ao serem questionados sobre ter havido algum monitoramento de avaliação das ações voltadas para a violência sexual infanto-juvenil, os entrevistados negaram qualquer tipo de iniciativa dentro da SMSDC-RJ.

O acompanhamento contínuo do desenvolvimento de programas e políticas é uma função inerente ao processo de gestão que, através de indicadores estabelecidos com base em fontes de dados diversas, fornece aos gerentes informações de desempenho que permitem medir se o propósito e alvo estão sendo alcançados²⁷.

A grande maioria dos gestores desconhece qualquer tipo de avaliação oficial das ações da SMSDC-RJ relacionada ao enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. Um entrevistado referiu uma avaliação interna voltada para o acompanhamento e índice de abandono de crianças no Hospital Jesus nos primeiros dois anos de parceria, feita através de fichas de atendimento. Outro gestor hesitou sobre a existência de uma avaliação feita pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A avaliação proporciona não só uma análise dos investimentos realizados para a concretização da política proposta pelo governo no que tange a qualidade, quantidade das ações e gastos públicos como também descortina as razões dos êxitos e fracassos, considerando a situação contextual que favoreça ou dificulte o seu andamento

(dispositivos legais, vontade política, disponibilidade financeira, condições sociais e valores culturais ou religiosos)²². Ela abre um campo para sugestões e correções e também reflete a transparência dos atos concretizados.

Não foi mencionado pelos entrevistados que em junho de 2007 foi feita pelo Tribunal de Contas municipal uma avaliação sobre o Programa da Mulher onde a violência sexual contra a mulher e a adolescente é rapidamente abordada, no que diz respeito a locais e tipos de atendimento, treinamento profissional e insumos, sem maiores aprofundamentos sobre o assunto²⁸. O Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino da Escola de Serviço Social da UFRJ, em 2004, também realizou uma avaliação sobre a prevenção da violência sexual no nível de atenção primária no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)²⁹. Ferreira²² avaliou um serviço público federal focando o atendimento a crianças vítimas de abuso sexual. Observa-se, entretanto, que os órgãos oficiais não fizeram nenhum tipo de apreciação direcionado especificamente para o enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil até o presente momento.

CONCLUSÕES

Importantes investimentos têm sido realizados pela SMSDC-RJ para combater a violência sexual infanto-juvenil no que tange a parcerias, articulações e grupos de trabalho. Todavia, ainda existem muitos percalços que limitam seus resultados. Sob o ponto de vista mais ampliado, observa-se que prevalece entre os gestores pouco conhecimento sobre os documentos instituídos para a temática, com conseqüente baixa repercussão da política de enfrentamento. Seu entendimento sobre a “garantia de atendimento especializado” mostra-se restrito às vítimas, sendo os familiares e autores da violência pouco considerados. Apesar de ter um fluxo operante, sua capacidade de

cobertura é ainda baixa e pouco divulgada, sem perspectivas de ampliação de número de serviços preparados para atuar. Além disso, com um investimento assistemático nas capacitações, conta com número insuficiente de profissionais especializados em violência sexual infanto-juvenil.

O estudo permite ainda perceber que existem várias iniciativas e sugestões individualizadas de implementação do atendimento especializado, porém muitas das propostas de ações não se concretizam ou têm continuidade. Aponta-se para uma articulação e comunicação precárias não só entre os próprios gerentes como com outras instituições, talvez justificadas pelo fato de que a Secretaria vem, nesses últimos dois anos, passando por mudanças freqüentes de chefias e gestores, o que pode dificultar a integração dos coordenadores e interlocutores e suspendendo projetos relevantes.

Conclui-se, portanto, que apesar dos muitos esforços para garantir o atendimento especializado às vítimas, a SMSDC-RJ ainda precisa investir na interlocução de seus membros, processos de capacitação e articulações, de forma a garantir o atendimento a esse tipo de violência e que este seja de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doek JE. The CRC 20 years: an overview of some of major achievements and remaining challenges. *Child Abuse & Neglect* 2009; 33(11):771-782.
2. Brasil - Ministério da Justiça. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. 3º ed. Brasília: SEDH/DCA; 2002.
3. ANDI - Agência de notícias dos direitos da infância. *Informações sobre os Planos Estaduais*. [periódico na Internet] 2009 maio15. [acessado 2010 jul 7]; Disponível em: http://www.andi.org/pdfs/informacao_sobre_os_planos_estaduais.pdf
4. Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro. *Plano de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Artes Gráficas Edil; 2004.
5. Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
6. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-104.
7. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
8. Minayo MCS. O Conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representações sociais*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p.89-111.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.

10. Alvarez KM, Kenny MC, Donohue B et al. Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process. *Aggression and Violent Behavior* 2005 march - april; 10(3): 311-331.
11. Ministério da Saúde. *Norma Técnica – prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 70p.
12. Brasil - Ministério da Saúde. *Resolução 258*. 1997[acessado em 2010 mar 30]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm
13. The Pew Forum on religion and public life. *Abortion laws around the world*. [periódico na Internet] 2008 set 30 [acessado em 2010 mar 26]; Disponível em <http://pewforum.org/Abortion/Abortion-Laws-Around-the-World.aspx>
14. IPAS. *Sexual Violence*. [acessado em 2010 jul 16]. Disponível em: http://www.ipas.org/Topics?Sexual_Violence.aspx.
15. Moyses SJ, Moyses ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc. saúde coletiva* 2004; 9(3):627-641.
16. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federa*. Laurez Ferreira Vilela (coord.) – 2º ed. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2009. 68 p.

17. Observatório da Infância. *Abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro: 2002, 2003, 2004 e 2005. Dados*. 2010 [acessado em: 2010 set 15]. Disponível em: <http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-98.pdf>
18. Habizang LF, Koller S, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2005; set-dez; 21(3).
19. Carvalho QCM, Galvão MTG, Cardoso MVML. Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* 2009; jul-ago; 17(4).
20. Leventhal JM, Murphy JL, Asnes AG. Evaluation of child sexual abuse: recognition of overt and latent family concerns. *Child Abuse & Neglect* 2010; 34: 289-295.
21. Yancey T, Hansen D. Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior* 2010; 15:410-421.
22. Ferreira AL. *O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público* [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2002. 273 p.
23. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo* 2002; jul/dez; 7(2):3-11.
24. Toneli MJF. Violência Sexual e Saúde Mental: análise dos programas de atendimento a homens autores de violência sexual. Relatório Final de Pesquisa. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007. Nov. 188 p.

25. Center for Sex Offender Management. *About Csom*. USA 2008 [acessado em 2008 mai 23]. Disponível em: <http://www.csom.org/about/about.html>
26. Department of Corrections of New Zeland. *Programmes for offenders* [acessado em: 2010 mai 30]. Disponível em: <http://www.corrections.govt.nz/about-us/fact-sheets/managing-offenders-in-thecommu...>
27. Vaitsman J, Rodrigues RWS, Paes-Sousa R. *O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil*. UNESCO. 2006.
28. Tribunal de Contas do Rio de Janeiro. *Auditoria Operacional – SMS – De 19 de abril a 14 de maio de 2007*. [acessado em: 2010 mai 29]. Disponível em: http://www.tcm.rj.gov.br/WEB/Site/Noticia_Detalhe.aspx?noticia=3497&detalhada=0
29. Cavalcanti LF, Zucco LP, Silva MMVA. A extensão universitária na prevenção da violência sexual. *Revista Espaço para a Saúde. Londrina* 2005; 6(2):23-28

As autoras Paixão ACW e Deslandes SF participaram equitativamente da elaboração de todo o texto.

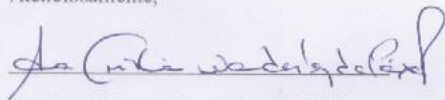
Caros Srs.

Encaminhamos o artigo intitulado "Abuso Sexual Infanto-Juvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento" para a apreciação do Conselho Editorial da Revista Ciência e Saúde Coletiva. Declaramos não haver conflito de interesse real, potencial ou aparente que possa ter afetado os resultados do trabalho.

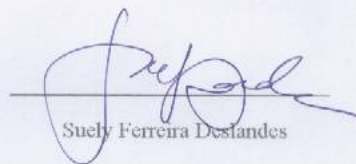
Autorizamos a reprodução de material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

Informamos que este artigo não foi publicado anteriormente, não está sendo submetido simultaneamente a outro periódico e em caso de publicação, por parte da Revista Ciência e Saúde Coletiva, concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista.

Atenciosamente,



Ana Cristina Wanderley da Paixão



Suelly Ferreira Destandes

Autora responsável pela correspondência:

Ana Cristina Wanderley da Paixão

Rua Benjamin Pesset nº 18 – casa

Barra da Tijuca – CEP 22793-740

Rio de Janeiro - Brasil

Tels. (21) 33261483 / (21) 81098989

e-mail: acwp@terra.com.br



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 109A/2009

Rio de Janeiro, 08 de junho de 2009.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Coordenador:
Carlos Scherr

Vice-Coordenadora:
Salésia Felipe de Oliveira

Membros:
Andréa Estevam de Amorim
Alice de C. A. Vinhaes
Bráulio dos Santos Júnior
Carlos Alberto Pereira de Oliveira
Elisete Casotti
José M. Salame
Jucema Fabrício Vieira
Márcia Constância P. A. Gomes
Maria Alice Gunzburger
Milene Rangel da Costa
Mônica Amorim de Oliveira
Nara Saraiva
Pedro Paulo Magalhães Chispim
Rafael Aron Abitbol
Rondineli Mendes da Silva
Sandra Regina Victor
Sérgio Aquino
Suzana Alves da Silva

Secretárias Executivas:
Carla Costa Vianna
Renata Guedes Ferreira

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 43/09
CAAE: 0043.0.314.000-09, 0087.0.314.000-09,
0088.0.314.000-09 e 0089.0.314.000-09

TÍTULO: Abuso sexual infanto-juvenil: a atuação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para garantir o atendimento especializado das vítimas.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Cristina Wanderley da Paixão.


UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Hospital Municipal Jesus, Hospital Maternidade Fernando Magalhães e Hospital Municipal Miguel Couto.

DATA DA APRECIÇÃO: 08/06/2009.

PARECER: APROVADO.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 - Cidade Nova - Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761

O atendimento ao abuso sexual de crianças e adolescentes em três hospitais municipais do Rio de Janeiro

La asistencia para el abuso sexual de niños y adolescentes em tres hospitales del município de Rio de Janeiro

The attendance for sexual abuse of children and adolescents in three municipal hospitals of Rio de Janeiro

¹Ana Cristina Wanderley da Paixão

²Suely Ferreira Deslandes

¹ Médica ginecologista

Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz

Rua Benjamin Pesset nº 18 - casa

Barra da Tijuca – CEP 22793-740

Rio de Janeiro - Brasil

e-mail: acwp@terra.com.br

tel.: (21) 33261483 / (21) 81098989

² Pesquisadora Titular

Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz

e-mail: desland@iff.fiocruz.br

O artigo é inédito e proveniente da tese de doutorado do primeiro autor, sem financiamentos. Não há conflitos de interesse para a publicação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil protocolo nº 43/09.

Resumo

Este artigo fez uma análise do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em três unidades de saúde municipais de referência do Rio de Janeiro para esse tipo de assistência, sob a ótica dos profissionais das mesmas. A metodologia utilizada foi a triangulação de métodos qualitativos. Foram realizadas dez entrevistas semi-estruturadas com diretores e profissionais que atendem os casos e aplicado um questionário sobre as condutas por eles adotadas. A análise do material foi conduzida pelo método de análise de conteúdo. Considerações finais: As unidades analisadas ainda apresentam problemas de ordem estrutural e organizacional no atendimento que perpassam pela falta de privacidade, déficit de profissionais da saúde mental e ginecologia, dificuldades na realização de exames complementares e insuficiência de capacitação profissional. Para oferecer uma assistência de qualidade ainda restam desafios que demandam uma maior atuação da Secretaria e dos gestores das unidades.

Palavras-chave: maus-tratos sexuais infantis; violência sexual; atenção terciária à saúde.

Abstract

This article made an analysis of the attendance of the children and adolescents victims of sexual violence in three municipal health units of reference of Rio de Janeiro for this type of assistance, under the perspective of the professionals of the same ones. The methodology used was the triangulation of qualitative methods. Ten semi-structured interviews were conducted with directors and professionals who take care of the cases and answered a questionnaire about behaviors they adopt. The analysis of the material was conducted by the method of content analysis. Conclusion: The analyzed units still present structural and organizational problems in the attendance like lack of privacy,

deficit of professionals of the mental health and gynecology, difficulties in conducting complementary exams and insufficiency of professional qualification. To provide an assistance of quality still remains challenges that demand a bigger performance of the Municipal Health Department and of the directors of the units.

Keywords: child abuse, sexual; sexual violence; tertiary health care.

Resumen

Este artículo hizo un análisis de la atención a niños y adolescentes víctimas de violencia sexual en tres unidades municipales de salud de referencia de Río de Janeiro para este tipo de asistencia, desde la perspectiva de los propios profesionales. La metodología utilizada fue una triangulación de métodos cualitativos. Se llevaron a cabo diez entrevistas semi-estructuradas con directores y profesionales que tratan los casos y aplicado un cuestionario acerca de los comportamientos que adoptan. El análisis de los datos se realizó por el método de análisis de contenido. Conclusión: Las unidades analizadas todavía presentan problemas estructurales y organizacionales en la atención como la falta de privacidad, la escasez de profesionales especializados, dificultades en la realización de exámenes y deficiencia de calificación de los profesionales. Para proporcionar un servicio de calidad todavía existen desafíos que requieren un mayor esfuerzo del Departamento de Salud Municipal e de los directores de las unidades.

Palabras llave: abuso sexual infantil; violência sexual; atención terciária de salud.

Introdução

Mundialmente considerado como um problema de saúde pública, o tema do abuso sexual infantojuvenil vem progressivamente ganhando espaço nas agendas das políticas públicas nacionais e internacionais.

A criação do Plano de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, em 2000, para todo o território nacional, é fruto de longa trajetória dos movimentos sociais feministas e de proteção à infância, assinalando o reconhecimento dos setores governamentais e civis para um tipo de violência que sempre fora tratado como tabu. De forma ampliada, este plano teve também como objetivo fortalecer o Sistema de Garantia de Direitos para a proteção integral das crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Sua disseminação foi feita através de planos estaduais e municipais, adaptados à condição de cada local (Ministério da Justiça, 2002). As diretrizes desses planos, baseadas naquelas do Plano Nacional, são dispostas em seis eixos estratégicos que incluem: a. análise da situação – visando conhecer o fenômeno da violência sexual e diagnosticar como se encontra o seu enfrentamento; b. mobilização e articulação – fortalecendo articulações nacionais, regionais e locais de combate a este agravo; c. defesa e responsabilização – atualizando legislações, combatendo a impunidade, dispondo serviços de notificação e capacitação jurídico-policial; d. atendimento – efetuando e garantindo o atendimento especializado e em rede às crianças e adolescentes; e. prevenção – assegurando ações preventivas contra a violência sexual e f. protagonismo infanto-juvenil – promovendo a participação ativa de crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos. (CEDCA-RJ, 2004). Atualmente todos os estados brasileiros e parte dos municípios possuem Planos de Enfrentamento (ANDI, 2009).

O Rio de Janeiro teve seu plano estadual referendado em 2006 (CEDCA-RJ, 2006) e seu plano municipal, aprovado através da deliberação n°744/09 em 2009, ainda aguarda publicação (SMAS-RJ, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), apesar de não contar com os subsídios do Plano Municipal vem, desde 1996, atuando na temática de forma expressiva e em acordo com os objetivos do Plano Estadual. Ainda que de forma assistemática, contando com o apoio de diversos parceiros, tem investido em grupos de trabalho, seminários, publicações, mídia e treinamento, no intuito de qualificar os profissionais, favorecer a prevenção, identificação e abordagem das situações de maus-tratos nas unidades de sua rede (SMSDC-RJ, 2007; Branco, 2006). No que concerne a assistência às vítimas de abuso sexual, a SMSDC-RJ criou um fluxo de atendimento, definindo, inclusive, unidades de referência para a assistência e acompanhamento de crianças e adolescentes (Lima, Vieira e Dias, 2007).

O atendimento às vítimas de violência sexual tem como marco a Norma Técnica 'Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes', criada pelo Ministério da Saúde em 1998. Esta determina diretrizes para capacitar e equipar serviços para o diagnóstico dos casos de violência sexual, promover a adequada assistência e organizar serviços especializados ou de referência (Ministério da Saúde, 1998). Importante mencionar que, apesar de sua edição inicial não englobar o atendimento a crianças, em sua revisão de 2005 já é contemplada essa faixa etária, condição que se mantém em sua última edição de 2010 (Ministério da Saúde, 2010c; Ministério da Saúde, 2005). A SMSDC-RJ tem buscado incorporar em seus serviços e rotinas as orientações da Norma Técnica. Contudo, muitos desafios existem em função da complexidade e do tamanho da rede carioca.

Este artigo tem como objetivo analisar as condições de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em três unidades municipais de referência, sob a ótica dos membros da direção e dos profissionais de saúde que lidam diretamente com os casos de abuso sexual.

Metodologia

O estudo, de natureza qualitativa, apoiou-se na triangulação de dados, técnicas e informantes (Minayo, Assis e Souza, 2005).

Tomou como campo de pesquisa três unidades hospitalares municipais de saúde, consideradas de referência para o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, quais sejam uma de emergência, uma de acompanhamento para crianças e outra para adolescentes.

A escolha do hospital emergencial foi feita por sorteio entre o grupo de instituições emergenciais municipais que prestam atendimento às vítimas de violência. Considerado um hospital de grande porte, o setor de emergência desta unidade, só em 2009, efetuou 16.559 atendimentos que envolveram ocorrência policial. Os outros dois hospitais, também pólos de referência, se caracterizam por oferecerem acompanhamento ambulatorial das vítimas. Um deles pediátrico e o outro para adolescentes e mulheres. Este último também dotado de um serviço de emergência voltado para pacientes com problemas ginecológicos ou obstétricos. A escolha do hospital de acompanhamento de crianças foi baseada no fato de ser o único hospital que fornece esse tipo de atendimento no município do Rio de Janeiro. Já a unidade de acompanhamento de adolescentes é a única que faz a interrupção legal da gestação. O hospital emergencial foi denominado HE, aquele voltado para pediatria HC e o de adolescentes, HA.

Foram feitas dez entrevistas semi-estruturadas, três com gestores (diretores) das unidades, uma com um ginecologista-obstetra, cinco com pediatras e uma com um enfermeiro, no período de maio a junho de 2010. Foi também aplicado um questionário sobre as condutas clínicas adotadas pelos profissionais entrevistados que atendem violência sexual.

As gravações, feitas em ambiente reservado, foram posteriormente transcritas e identificadas com as letras HE, HC e HA de acordo com a instituição, e enumeradas em seqüência (HE1, HE2; HC1, HC2 e HA1, HA2...). Visando o anonimato, todos os entrevistados citados foram considerados do sexo masculino. Procurando identificar a atuação da SMSDC-RJ voltada para garantir o atendimento especializado e a real condição do atendimento às vítimas, o roteiro utilizado foi dividido em blocos: o primeiro abordando o atendimento propriamente dito, incluindo a estrutura física demandada para tal, condutas adotadas (conforme preconizadas pela Norma Técnica) e os problemas vivenciados pelos profissionais; o segundo direcionado para o atendimento das famílias e dos autores da violência; o terceiro, focando o suporte institucional que lhes é oferecido.

A análise do material foi conduzida pelo método de análise do conteúdo (Bardin, 1979), adaptado por Minayo (2000), procurando contextualizar os depoimentos com a realidade da assistência na rede pública municipal, as condições de atendimento, acompanhamento e suporte fornecidos à situação de abuso sexual de crianças e adolescentes. Foi realizada a leitura inicial para uma visão global do material coletado; a seguir, os depoimentos foram organizados por temas e sub-temas e destacadas as informações pertinentes aos objetivos da pesquisa. o material foi codificado, sendo então interpretado de acordo com o quadro teórico proposto, integrando categorias analíticas e empíricas. Tomou-se como aporte de análise o Plano Estadual (CEDCA,

2004) e a Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (Ministério da Saúde, 2005).

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da SMSDC-RJ sob o nº43/09.

Resultados

O atendimento

1. O fluxo e o atendimento nas instituições

O atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual é bastante peculiar e complexo, demandando não só uma estrutura material e física como também pessoal capacitado. Conforme preconizado pela Norma Técnica, a SMSDC-RJ criou um fluxo de atendimento às vítimas, determinando que o primeiro fosse feito em qualquer hospital de emergência e maternidades do município, o acompanhamento das crianças em um hospital infantil e o de adolescentes nas maternidades municipais (Lima, Vieira, Dias, 2007).

Todos os relatos afirmaram que nos três hospitais o fluxo de entrada tem demanda livre, sendo que, segundo os entrevistados do HC, a grande maioria dos casos vem referenciada. Nesses locais as vítimas recebem atendimento médico, social e eventualmente a consulta com o psicólogo. A assistência segue um padrão relativamente semelhante no que diz respeito ao tipo de atendimento e encaminhamentos. No HE as pacientes são vistas na emergência e direcionadas ao Serviço Social, que se encarrega do processo de notificação e de eventual encaminhamento para atendimento psicológico em outra instituição. Sempre é feita a comunicação ao policial militar de plantão e, se for verificada violência sexual com penetração, faz-se o encaminhamento ao Instituto Médico-Legal para perícia. No HC, como não possui emergência, as crianças são

matriculadas, atendidas por médicos, direcionadas ao Serviço Social e agendadas para a psicologia, seja na instituição ou próximo à sua residência. No HA as adolescentes dão entrada pela emergência onde são vistas por uma enfermeira e encaminhadas aos ginecologistas-obstetras após o preenchimento de uma ficha e são por eles examinadas; recebem um primeiro atendimento psicológico e social e já saem de lá agendadas para o acompanhamento ambulatorial nessas três especialidades.

Nos atendimentos de seguimento é preconizado que cabe à equipe médica avaliar a evolução do quadro físico-psicológico das pacientes, checar e manter controle de exames voltados para a prevenção, tratamento e controle de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS); à de psicologia fornecer suporte psicológico às crianças, adolescentes e eventualmente seus familiares face o trauma vivenciado; e ao serviço social, prover uma assistência à situação social das vítimas e atenção às condições sociais de risco nas quais podem estar envolvidas.

2. Prioridade no atendimento

A prioridade para este tipo de atendimento recebe distintas leituras nas instituições em questão. No HE dois entrevistados julgam estas pacientes prioritárias, um deles considerando que a espera numa fila pode submeter a mesma a situações constrangedoras e outro associa a presteza do atendimento ao tempo válido de administração de retrovirais (até 72 horas após o ato). Em contrapartida, um terceiro entrevistado entende que emergência é risco de vida e apesar de visualizar os casos de violência sexual como importantes, não os coloca como condição que demanda intervenção imediata.

Prioridade é o atendimento de emergência. É ao paciente mais grave... crise convulsiva... então eu acredito que ele não vai dar prioridade, apesar de psicologicamente ser uma coisa importante e tudo... mas não proporciona risco de vida (HE3).

No HC todos os entrevistados acreditam ser prioritário este atendimento, devendo as pacientes não agendadas serem atendidas no mesmo dia, se possível na frente das outras previamente marcadas. Em contrapartida, a visão dos profissionais do HA, que também possui o atendimento de emergência, se assemelha àquela do HE: “Lógico que elas vão ter um atendimento diferenciado... agora, eu não acho que tenha preferência porque não é na maioria das vezes uma emergência médica” (HA3).

Na realidade, existe uma ambigüidade semântica do termo ‘prioridade’ estabelecido pela Norma Técnica que colide com os limites dos conceitos biomédicos de emergência/urgência. No referencial biomédico a ‘emergência médica’ se caracteriza por um quadro grave, de aparecimento ou piora súbita e imprevista, causando risco de vida ou grande sofrimento ao paciente e necessitando de solução imediata, no intuito de evitar um mal irreversível ou mesmo a morte. Já a ‘urgência médica’ é um quadro grave, de aparecimento ou agravamento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, podendo causar risco de vida ou grande sofrimento para o paciente, necessitando de tratamento em curto prazo, a fim de evitar um mal irreversível ou a morte (Giglio-Jacquemot, 2005). Seguindo esses conceitos, os profissionais das emergências enquadram os casos de violência sexual de crianças e adolescentes como urgências que necessitam de atendimento no mesmo dia, porém sem serem considerados como preferenciais.

3. Estrutura Física e Recursos

Segundo a Norma Técnica, em termos de estrutura física, o atendimento ao abuso sexual demanda salas separadas, preferencialmente afastadas do pronto-socorro ou triagem, de forma a garantir a privacidade das pacientes durante a entrevista e o exame físico. Este foi um quesito considerado por alguns depoentes como um problema.

No HE os relatos divergem. Na ótica de um profissional da direção as pacientes são encaminhadas a consultórios privativos. Já os profissionais afirmam que o máximo que conseguem de privacidade é uma eventual e rara sala vazia ou então a colocação de biombo entre os pacientes. “No máximo a gente bota um biombo, para poder examinar melhor, evitar a exposição dessa criança. Mas um ambiente próprio pra isso não tem” (HE4). De forma bastante semelhante, no HA o maior problema atestado por duas falas é o constrangimento das pacientes e dos profissionais no setor de emergência (onde é feito o primeiro atendimento) pela falta de local onde haja uma mínima privacidade para o atendimento, sendo ele realizado em boxes separados por cortinas. Já no HC existem consultórios mais reservados para o atendimento, porém, a sala do ambulatório comporta dois a três atendimentos simultâneos, feitos por médicos e residentes. Ou seja, para atender adequadamente esses casos é necessário interromper ou atrasar os outros atendimentos ou deixar a paciente aguardando até o final das consultas. Depreende-se das entrevistas que, se no HC o problema reside numa questão de distribuição de agendamento de horários de consulta, no HE e HA o grande entrave para fornecer um ambiente adequado e reservado para este tipo de atendimento se localiza na falta de estrutura física das emergências.

4. Condutas no atendimento

Existem protocolos?

A Norma Técnica (Ministério da Saúde, 2010c) preconiza a contracepção de emergência, profilaxia e tratamento das DST nos casos de violência sexual. Procurando manter as instituições e os médicos atualizados em suas condutas, a SMSDC-RJ criou protocolos sob a forma de cartazes e folders de bolso contendo, de forma esquemática,

procedimentos e tratamentos para serem fornecidos aos hospitais municipais e profissionais.

Os médicos do HE possuem apenas um ‘cartaz’ na porta da Pediatria segundo relato, trazido de outro município por um profissional de saúde, do qual constam medicações e exames de algumas DST, nem sempre consultado pelos médicos. Um entrevistado, inclusive, mostrando despreparo para esse tipo de atendimento, afirma: “Não existem procedimentos específicos para este tipo de atendimento. Depende do médico que atende” (HE3).

Já o HC e HA possuem protocolos e condutas estabelecidas para o atendimento; este último, inclusive, elaborou um “kit VVS” (Kit para vítimas de violência sexual) do qual constam agendamentos, solicitação de exames e medicações, que são entregues à paciente no primeiro atendimento.

Contracepção de emergência

A violência sexual frequentemente incide sobre mulheres na idade reprodutiva. Não bastando o trauma físico, psíquico e social ao qual a vítima é submetida, ela ainda corre o risco de uma segunda forma de violência, a gravidez indesejada. Essa situação pode provocar a desconstrução de expectativas e projetos de vida como estudo, profissão, casamento e filhos decorrentes (Vertamatti et al., 2009).

No que tange a contracepção de emergência, os depoimentos no HE foram discordantes. Um gestor negou tal fornecimento, alegando não haver na instituição um protocolo definido para isso. Tal postura parece refletir um desconhecimento sobre as orientações da Norma Técnica, as drogas existentes no hospital a serem oferecidas aos pacientes e a real condição dos atendimentos à violência sexual. Outro entrevistado da mesma unidade asseverou que essa medicação não era feita pela pediatria. “Não tem.

Porque isso se for feita, vai ser feita lá pela ginecologia-obstetrícia, entendeu?" (HE3). Considerando que a idade limite de atendimento na pediatria é de 12 anos incompletos e que muitas crianças nesta faixa etária se encontram em condições de reprodução, esta fala aponta a invisibilidade das implicações de uma gravidez indesejada como também para a delegação de função a outro setor.

Em contrapartida, os outros profissionais da mesma unidade afirmaram a administração de contraceptivos em acordo com o protocolo existente. "Sim, oferece contracepção. Seria uma injustiça se não tivesse... Eu sigo aquele protocolo na parede" (HE2).

Já no HA e no HC os relatos foram unânimes afirmar que administram as medicações se necessário, apesar do HC normalmente não absorver pacientes em faixa etária reprodutiva.

Profilaxia para DST/AIDS

Drezzet (2001), num estudo de atualização e revisão de literatura sobre abuso sexual mostrou que 28 a 60% das vítimas de violência sexual são infectadas por uma DST. As conseqüências derivadas das DST podem afetar irremediavelmente a vida dessas crianças e adolescentes, provocando processos inflamatórios pélvicos, esterilidade, doenças neurológicas e do sistema imunológico, além dos riscos do papiloma vírus humano (que só será visualizado em casos crônicos ou durante o 'follow up') na gênese do câncer de colo uterino e da hepatite B no câncer hepático. No que diz respeito à AIDS, apesar de não haver dados que mostrem a incidência desta patologia nos casos de violência sexual, várias pesquisas apontam que pessoas violentadas na infância ou adolescência têm uma maior tendência a adquirir AIDS em decorrência das

mudanças comportamentais provocadas pelo trauma sofrido (Reis, Martins, Bueno, 2001).

Todos os entrevistados afirmaram que as profilaxias para DST são feitas no primeiro atendimento, com a ressalva da imunoglobulina para hepatite B que as unidades HE e HA não dispõem e encaminham todas as adolescentes e crianças para o HC para receberem a medicação. Importante ressaltar que no questionário respondido por todos os profissionais as doenças consideradas transmissíveis são a sífilis, hepatite B e C, mas existem outras além delas como a vaginose bacteriana, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoea* e a *Chlamydia Trachomatis* que foram desconsideradas. Além da orientação estabelecida pela Norma Técnica, pesquisas apontam para a necessidade de se investigar tais patologias num primeiro atendimento, pois elas podem provocar vaginites, uretrites, abortamento, rotura prematura de membranas, doenças pélvicas crônicas e esterilidade (Alencar, Onaga, Ribeiro, 2009). Um estudo sobre 358 casos de agressão sexual notificados pela Delegacia de Defesa da Mulher de Ribeirão Preto cujas vítimas se submeteram a exames forenses no Núcleo de Perícias Médico-Legais, 135 delas crianças e 111 adolescentes, mostrou que o risco para contrair doenças decorrentes desses patógenos seria em torno de 19.5%, 12.3%, 4.3% e 1.5% respectivamente (Reis, Martins, Bueno, 2001). Mediante essa incidência, caberia também ser investigado o herpes vírus tipo II, responsável por casos de câncer de colo uterino.

Quanto à prevenção da AIDS, em acordo com a Norma Técnica, as três unidades oferecem profilaxia nos casos indicados. Entretanto, um entrevistado do HC, apesar de satisfeito com o que é oferecido pela unidade, manifestou seu descontentamento com relação à demora dos resultados dos exames com conseqüente retardo na liberação da paciente.

Mas não tem anti-HIV aqui [...], nem o laboratório faz hepatite B. Esses exames são colhidos no mesmo dia [...] e o hospital distribui. Muitas vezes eu já acabei de acompanhar e ainda não tem todas as sorologias para liberar... Isso é uma complicação, não é? (HC3).

Não obstante as dificuldades encontradas em alguns serviços para realizar exames com presteza, o suporte fornecido pelo Ministério da Saúde através da Norma Técnica e o cuidado da SMSDC-RJ em prover suas instituições de referência com as medicações profiláticas para a AIDS são medidas importantíssimas para a prevenção desta patologia na população infanto-juvenil vítima da violência sexual.

Interrupção legal da gestação

Estima-se que o aborto provocado seja atualmente uma das principais causas de morte materna no Brasil (Ministério da Saúde, 2010a). As complicações derivadas do aborto inseguro podem levar a hemorragias, perfurações uterinas, endometrites (infecção da camada interna do útero), perda do útero, septicemias ou mesmo à morte. Segundo uma revisão sobre o impacto da associação entre mortalidade e morbidade realizada pela Organização Mundial de Saúde (WHO) em 2003, calcula-se que ocorrem anualmente 65.000 a 70.000 mortes decorrentes do aborto inseguro e aproximadamente 5.000.000 de mulheres ficam com seqüelas temporárias ou definitivas (WHO, 2007).

Não obstante ser garantida a possibilidade de escolha da mulher brasileira pelo abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual, através do decreto-lei 2.848, inciso II do artigo 128 do Código Penal Brasileiro, poucas são as instituições de saúde preparadas ou que concordam em realizar esse tipo de procedimento (Drezett, 2007). Segundo pesquisas, até 2006, apenas 52 instituições no Brasil ofereciam a interrupção de gestação para vítimas de violência sexual (Ministério da Justiça, 2006).

No Rio de Janeiro a SMSDC-RJ estabeleceu, na década de 1980, uma parceria com duas maternidades municipais para a realização do aborto legal. Entretanto, por

resistência do corpo clínico de uma delas, este procedimento tem sido mantido somente pela unidade incluída neste estudo – HA (Lima, Vieira, Dias, 2007).

Os entrevistados do HA foram unânimes em concordar com esta conduta, apesar de suas falas serem pontuadas pelos problemas de ordem religiosa e moral vivenciados por alguns profissionais da própria instituição.

Olha, eu não estou aqui para julgar se o aborto está certo ou se está errado [...] o desespero de gerar uma criança de uma pessoa que ela [...] foi extremamente sofrido e ela ter essa oportunidade, eu acho muito válido fazer (HA2).

Minha avaliação é positiva, com todas as dificuldades e terá dificuldade em qualquer lugar que você coloque. Além de ser um assunto extremamente polêmico, ele é investido de questões religiosas. Tem alguns profissionais que dizem: minha religião não permite E a gente tem que respeitar... (HA1).

Interessante mencionar que alguns profissionais das outras unidades, aliviados por sua instituição não realizar o procedimento, manifestaram mais abertamente sua resistência à temática: “Considerando o abuso sexual eu acho que depende da faixa etária, depende de alguns fatores familiares também, sabe? Não concordo assim com o aborto legal não” (HE4).

Apesar da angústia e desespero das adolescentes que engravidam no ato da violência, da gravidade dos possíveis desdobramentos de um aborto inseguro e dos esforços governamentais em sanar esta situação, a oferta da interrupção da gestação continua sendo um tema extremamente controverso, de resultados limitados.

5. Problemas no atendimento na ótica dos entrevistados

De acordo com os relatos, existem alguns problemas específicos para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e outros que se confundem com a própria limitação da estrutura dos serviços. No HE, segundo um dos entrevistados, há uma deficiência no número de pediatras lotados na emergência e estes encontram-se sobrecarregados de trabalho.

Houve uma redução, com o passar dos anos, no número desses profissionais. Os que estão em emergências são muito sobrecarregados. O paciente vitimizado, ele é obviamente grave [...] muitas vezes você tem uma fila de oitenta pacientes esperando atendimento por problemas mais diversos, desde feridas à meningite. E esse vai ser mais um paciente que deveria ter um atendimento talvez com mais calma e acaba sendo, dependendo da hora que é atendido, engolido pelo volume excessivo de trabalho por parte desses médicos (HE1).

Já foi amplamente divulgado que os hospitais dotados de emergência no Rio de Janeiro encontram-se superlotados e os profissionais sob intensa pressão face ao alto número de pacientes graves atendidos e à falta de vagas. Estes são fatores que contribuem para a lógica perversa vivenciada por grande parte dos serviços de emergência, onde, por vários motivos, os profissionais privilegiam a ‘doença’ em detrimento do ‘paciente e de suas necessidades’ (Ministério da Saúde, 2009; O’Dwyer, Matta, Pepe, 2008). Para as vítimas de violência sexual isso irá refletir diretamente no acolhimento que recebem que não se limita à estrutura física, mas, fundamentalmente, à forma como são assistidas.

Baseando-se no atendimento humanizado, a Norma Técnica preconiza que na assistência às vítimas de violência sexual os profissionais ofereçam uma atenção e escuta ampliadas, livre de juízos, permitindo que suas demandas e expectativas sejam compreendidas e correspondidas (Ministério da Saúde, 2010b).

Outro entrevistado do HE, preocupado com o impacto da violência sexual, afirma não existir um olhar ‘sensível’ ao abuso sexual.

Não existe um olhar sensível à questão do abuso sexual. Esse para mim é o maior problema. [...] na hora que se suspeita de uma coisa dessas, tem duas alternativas, ou você fecha os olhos e se defende e finge que não existe para não sofrer ou [...] eu acho que se eles suspeitassem eles não teriam tanto medo porque eles já estão em contacto com muita coisa ruim. [...] eles poderiam não resolver eles mesmos, mas iriam chamar... (HE2).

Confirmando essa característica, um estudo sobre ‘Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho’ apontou para a impessoalidade e distanciamento do médico na consulta como formas de auto-proteção e defesa, em

função dos quadros dramáticos que vivenciam e das pressões às quais são submetidos (Cabana et al., 2007).

Essa atitude defensiva impede por em prática uma das orientações da política de humanização na atenção e gestão do SUS que apregoa a sensibilização das equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos (Ministério da Saúde, 2006). Na visão de Pfeiffer e Salvagni (2005) o acolhimento da criança e do adolescente é o primeiro passo para um tratamento efetivo das lesões físicas e emocionais decorrentes da violência sexual.

A valorização do processo de acolhimento e sensibilização nas emergências também é considerada fundamental em outros países. Segundo o Ministério da Saúde do Chile (Ministério da Saúde do Chile, 2005), o atendimento emergencial é, por vezes, uma oportunidade única para as vítimas terem sua situação reconhecida, possibilitando uma intervenção por parte dos serviços competentes que impeça a perpetuação do abuso.

Outra dificuldade mencionada por profissional do HE é a resistência dos obstetras em atenderem às vítimas quando solicitados pelos pediatras, já que o hospital não possui ginecologista de plantão. A falta desse especialista também é vivenciada pelo HC a nível ambulatorial, pois não possui ginecologistas em seu quadro médico e precisam solicitar ajuda a colegas de outras unidades. Também aqui é contrariada a orientação da Norma Técnica sobre a necessidade de um exame ginecológico completo em todas as vítimas de abuso sexual.

As Famílias e os autores da agressão

1. Atendimento das famílias

O impacto da violência sexual nunca se restringe somente à vítima, atingindo também seu entorno familiar e social. Entre as atribuições do setor Saúde na atenção à vítima inclui-se o atendimento das famílias que não só subsidiará o profissional sobre o diagnóstico da situação de risco da criança ou adolescente, como contribuirá ao fortalecimento familiar para romper a cadeia da violência (Ministério da Saúde, 2010a).

Segundo Pessini (2002), as famílias vítimas de violência requerem uma atenção diferenciada, pautada no acolhimento e na negociação do processo de atendimento. Já Grosz, Kempe e Kelly (2000) enfatizam que além do tratamento médico, a terapia para a família contribui de forma fundamental para a recuperação das crianças agredidas.

De acordo com todos os relatos, dentro do HE o 1º atendimento às famílias é feito tão somente pelo Serviço Social, não havendo consultas de seguimento na instituição. Eventualmente, se este serviço achar necessário as encaminhará para o atendimento de psicologia em algum local. Observa-se na postura dos entrevistados do HE a pouca valorização atribuída ao impacto da violência sexual na família e influência que esta exerce na resiliência das crianças e adolescentes sexualmente agredidos.

No HC os familiares também são atendidos e acompanhados pela assistente social, recebem uma primeira consulta com a psicologia e são encaminhados para follow-up na proximidade de suas residências. Essa medida, encarada por um gestor da direção como insatisfatória, é por ele justificada através da falta de pessoal. “Prá família em si, não. Tem um primeiro atendimento aqui porque o HC não tem atendimento em saúde mental em ambulatório... ‘aberto para fora’. Nós temos um número de profissionais pequeno...” (HC1). Esse mesmo profissional classifica como ‘falha’ a falta de acompanhamento das famílias dentro da unidade. “Ainda a gente considera uma falha no nosso atendimento a questão da saúde mental. É uma dificuldade, eu acho que a meu ver não é só da nossa unidade” (HC1).

Já os entrevistados do HA afirmam que, além do atendimento e acompanhamento do serviço social, sempre é oferecido suporte psicológico dentro da unidade e, caso se ponha alguma inviabilidade para o comparecimento desta família e se mantenha o desejo de serem atendidas, são encaminhadas para acompanhamento próximo de suas residências.

2. A Saúde e o autor da agressão

A Saúde é um dos 'lócus' privilegiados não só para o tratamento das vítimas de violência sexual como também de seus agressores. Apesar de constar dos Planos de Enfrentamento à Violência Sexual (CEDCA-RJ, 2004; Ministério da Justiça, 2002), o tratamento do autor da agressão é feito por poucas instituições, sendo em sua maioria entidades não governamentais que eventualmente estabelecem parceria com estados e municípios para atender tais sujeitos. Quando há recursos, sejam eles financeiros, estruturais ou humanos são mantidos convênios com instituições como o Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais (NOOS) e o Núcleo de Atenção à Violência (NAV) para esta finalidade.

A ausência de assistência ao autor da violência sexual nas unidades foi um fato confirmado por todos os relatos do HE e HC. Algumas falas lembram o sentimento de raiva e revolta que o autor da agressão invoca. “É linchamento. Lembrar que esse homem foi abusado sexualmente, ter uma atenção a ele... não, você esquece. O abusador não existe. A ele só cabe a prisão e o estupro dentro da prisão. É o que a gente ouve...” (HE2).

Entretanto, apesar do HA também não realizar esse tipo de atendimento rotineiramente, um relato chamou a atenção quando foi mencionada assistência eventual a autores da agressão de origem intra-familiar. “Às vezes existe um atendimento quando

é uma violência familiar. Aí a gente... o Serviço Social e a Psicologia trabalham com o abusador também. A gente está com uma família inteira em atendimento agora” (HA3).

Suporte ao profissional

1. Suporte institucional

As situações de violência sexual ferem valores de integridade, respeito humano, proteção à infância e direitos sexuais. O profissional de saúde que atende estes casos se vê obrigado a lidar com o conflito derivado de suas reações pessoais de angústia, noções de sexualidade e repúdio à agressividade deste ato e conseguir oferecer uma escuta atenta e ampliada de forma respeitosa, não emitir juízos e manter a objetividade necessária para conduzir um bom atendimento. Essa ambigüidade de sentimentos torna este atendimento extremamente desgastante, podendo até despertar insegurança com relação a algumas atitudes a serem tomadas. Para que estas circunstâncias sejam evitadas ou minimizadas faz-se necessário o suporte institucional, oferecendo aos profissionais suporte psicológico e uma supervisão técnica.

Na maioria das entrevistas, a grande lacuna apontada residia na falta de suporte da saúde mental ao profissional, justificado pela carência de pessoal.

No HE dois entrevistados manifestaram uma mistura de frustração, desalento e conformidade com a situação na qual vivem.

Coitado... Ele está completamente isolado na frente de combate e ele é um profissional estressado, cansado e tem vários problemas psíquicos por conta disso... O serviço de saúde mental é pequeno e o foco principal é o doente, não há uma inter-consulta com a equipe (HE1).

O suporte psicológico que tem aqui é a gente sentar e discutir com as pessoas que conseguem falar sobre o assunto, o quanto aquilo é angustiante (HE2).

Os profissionais do HC também negaram dispor de suporte psicológico – “Eu me apoio no HC3 e o HC3 se apóia em mim” (HC2) – e, no que tange a parte técnica,

eles próprios servem de apoio a outras unidades e se precisarem recorrem a outros colegas informalmente. De forma bastante semelhante, no HA, de acordo com os relatos, os profissionais receberam, há tempos, suporte psicológico durante dois meses, com ótima receptividade, porém foi interrompido por falta de disponibilidade de pessoal da saúde mental. Entretanto, se um profissional solicita esse atendimento, ele é fornecido individualmente.

2. Capacitação

Apesar de ser freqüentemente citada na literatura a necessidade de se capacitar o profissional que lida com violência sexual, pouco se discute sobre as peculiaridades deste tipo de assistência que motivariam uma sensibilização e atualização permanente de todos aqueles que lidam com a temática. O acolhimento das pacientes e seus cuidadores; a atenção humanizada a elas oferecida; as técnicas de abordagem de forma a favorecer a elucidação dos casos; motivar a adesão do paciente ao tratamento; os exames a serem colhidos e solicitados; os encaminhamentos específicos, as profilaxias, tratamentos e o acompanhamento dessas pacientes têm características próprias que demandam treinamento e atualização permanente para se qualificar o atendimento como satisfatório e adequado (Ministério da Saúde, 2010b; Ministério da Saúde, 2005).

No HC e HA todos os relatos referiram terem sido feitas capacitações para vários níveis, algumas em conjunto com a SMSDC-RJ, a Secretaria Estadual de Saúde e outras entidades não governamentais. Todavia, reclamaram da falta de periodicidade dos mesmos, alegando não serem chamados para tal nos últimos anos. Segundo os entrevistados, os profissionais das várias categorias se tornaram agentes multiplicadores, capacitando seus novos pares ou agregando e disseminando

conhecimentos sobre novas situações ou procedimentos dentro da instituição. No HA são feitos cursos de atualização anualmente.

Quase todos os entrevistados do HE afirmaram que a capacitação é geralmente feita por meios próprios. Um deles, inclusive, propôs a formação de agentes multiplicadores na instituição.

Será que a gente não pode capacitar um pequeno grupo e esse grupo vai contaminando as pessoas? Muda um pouco a cara do hospital. não é só aquele lugar que você rala, mas também que colabora para o seu crescimento... (HE2).

Considerações Finais

Ficou claro neste estudo o reconhecimento dos profissionais sobre a importância da assistência na saúde às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Porém, para que o atendimento esteja em acordo com a Norma Técnica ainda existem situações que precisam ser corrigidas ou contornadas, muitas delas pela SMSDC-RJ e outras pelas próprias instituições.

Sob o ponto de vista estrutural não existe local apropriado para a realização deste tipo de atendimento, principalmente nas unidades dotadas de emergência. A ausência de privacidade neste tipo de assistência pode acarretar constrangimentos que irão influenciar consideravelmente no acolhimento oferecido às pacientes. A falta de ginecologistas no corpo clínico no HE e no HC pode facilitar erros de exame físico, de coleta de exames específicos e de visualização de sinais precoces de DST, pontos de destaque no atendimento às vítimas.

O déficit de profissionais da Saúde Mental nas três unidades repercute não só na falta assistência às famílias e ao agressor, como priva de suporte psicológico o profissional que se vê envolvido num atendimento que é desgastante e conflituoso.

Fica difícil admitir que uma unidade de referência como o HC não disponha de um laboratório que realize todos os exames para DST/AIDS de forma agilizar o acompanhamento e tratamento das pacientes.

Sob o ponto de vista organizacional, não são estabelecidos dispositivos voltados para o atendimento da violência sexual infanto-juvenil para os profissionais do HE. Não são adotados protocolos de condutas e nem todos os profissionais se dispõem a fazer este atendimento.

A falta de capacitação periódica, sentida por todos os entrevistados, se reflete, de uma forma ou de outra, nas três unidades. No HE os profissionais, despreparados para as peculiaridades deste atendimento, prestam assistência às vítimas baseados em seus conhecimentos de formação e de seu bom senso. Nas outras unidades, apesar de alguns já terem participado de capacitações oferecidas por instituições municipais e estaduais, atualmente, eles procuram se atualizar por conta própria e disseminar conhecimentos dentro das próprias unidades.

Os resultados desta pesquisa mostram que as unidades estudadas ainda precisam superar esses desafios para oferecer um atendimento adequado às crianças e adolescentes sexualmente vitimizados, principalmente o hospital emergencial. Essa situação requer maiores investimentos da SMSDC-RJ nesse tipo de assistência, maior atenção para as orientações fornecidas pela Norma Técnica para a estruturação de serviços que ofereçam um atendimento de qualidade e um acompanhamento mais apurado das necessidades de suporte de seus profissionais.

Os dois autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

ALENCAR H.D.R.; ONAGA E.T.; RIBEIRO M.C.G.G. Importância das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Transmissão Sexual do HIV. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.21, n.4 - editorial, p.155-157, 2009.

ANDI - Agência de Notícias dos Direitos da Infância. **Informações sobre os Planos Estaduais**. 15 maio 2009. Disponível em: http://www.andi.org/pdfs/informacao_sobre_os_planos_estaduais.pdf Acesso em: 7 jul 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRANCO, V.M.C. **Notificação de maus-tratos**: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2006.

CABANA, M.C.F.L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **Jornal brasileiro de psiquiatria** [online], vol.56, n.1, p.33-40, 2007.

CEDCA – RJ. Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro. **Deliberação CEDCA- RJ n°774/09. 28 jun. 2006** Disponível em: <http://www.sbvitimologia.org/direitosh.html>. Acesso em: 23 abr 2007.

_____. **Plano de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Artes Gráficas Edil, 2004.

DREZETT J. Violência sexual como problema de saúde pública. In: TAQUETTE S. R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2007.

_____. Compreendendo a violência sexual infanto-juvenil numa perspectiva multidisciplinar. **Pacto São Paulo Contra Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescente**. São Paulo, p.17-39, 2001.

GIGLIO-JACQUEMOT A. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

GROSZ, C.A; KEMPE, R.S.; Kelly M. Extrafamiliar sexual abuse: treatment for child victims and their families. **Child Abuse & Neglect**, vol.24, n.1, p.9–23, 2000.

LIMA JS, VIEIRA MS, DIAS MAB. A atenção às mulheres vítimas de violência sexual no Rio de Janeiro. In: ALMEIDA, S.S. (Org.). **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

MINAYO, M.C.S.. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ABRASCO, 2000.

MINAYO M.C.S.; ASSIS S.G.; SOUZA E.R. organizadores. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Principais políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil**. 2006. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/mercosul/doc_reunion_mercosur.pdf. Acesso em: 02 dez. 2007.

_____. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. 3ºed. Brasília: SEDH/DCA , 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: Norma Técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília : Ministério da Saúde, 2010a

_____. Secretaria de Atenção à 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, 2010b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica**. 3. ed. atual. e ampl. – Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010c.

_____. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS** : documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde. 3ºed. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Norma Técnica** – prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2ºed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Norma Técnica** – prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO CHILE. Normas y guía clínica para la atención em servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia**, vol.70 n.1, p.49- 65, 2005.

O'DWYER, G.; MATTA, I.E.A.; PEPE, V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.13, n.5, p.1637-1648, 2008.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, v.10, n.2, p.51-72, 2002.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI E.P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria (RJ)**, v. 81, n.5, supl. 0, 2005.

REIS, J.N.; MARTINS, C.C.S.; Bueno, S.M.V. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.13, n.4, p.40-45, 2001.

SMAS-RJ. Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro. **Deliberação nº744/09 do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 12 ago 2009. Ano XXIII nº100. p.26.

SMSDC-RJ. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. **Da notificação dos maus-tratos à promoção dos bons-tratos à criança e ao adolescente. Atuação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Programa de Saúde do Adolescente. Projeto Violência. 2007. Disponível em:
<<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/printerview.htm>>. Acesso em: 9 fev 2008.

VERTAMATTI, M. A. F. et al. Parto cesáreo em gravidez decorrente de estupro. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, v.19,n 2, p. 327-331, 2009.

WHO - World Health Organization. **Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003**. 5° Ed. Geneva: World Health Organization, 2007.

Considerações Finais

Tomando-se como ponto de partida a interlocução entre um dos principais programas governamentais para o atendimento às vítimas de violência sexual (o Programa Sentinela) e os serviços de saúde, pode-se verificar uma baixa integração entre ambos. Essa situação, demonstrada pela precariedade de dados sobre os critérios e resultados de encaminhamentos para os primeiros cuidados médicos e acompanhamento das vítimas pela saúde – com hospitais e postos superlotados e deficientes em pessoal qualificado – apontava para a necessidade de construção de uma agenda comum mais articulada, com conceitos e alguns procedimentos unificados.

A inserção deste tipo de assistência nos CREAS em todo o país a partir de 2006 criou uma franca expectativa de capilarização de assistência e mesmo de consolidação de competências e estabilidade da oferta, dado que o SUAS é uma política de Estado e política pública. No município do Rio de Janeiro o serviço de atendimento especializado que encampou o Sentinela era denominado Serviço de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual (SECABEX), recebendo distintas nomeações regionais. Contudo, após 2009, com a nova tipificação dos serviços de proteção básica e especial do SUAS, o atendimento às violências é incorporado pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), entendido como serviço de proteção de média complexidade. O temor é que o atendimento às vítimas de violência sexual seja diluído nas demais atividades do cotidiano da atenção especial, pairando dúvidas acerca do investimento que, concretamente, será destacado para estas ações.

É posto que o setor Saúde possa constituir para os profissionais do CREAS, atuantes no PAEFI, uma referência e suporte para a capacitação e /ou trocas de conhecimentos e experiências sobre o atendimento às vítimas de violência sexual.

Voltando ao foco central da tese, a SMSDC-RJ é reconhecidamente pioneira na atuação contra os maus-tratos. Procurando melhorar a rede de atenção à violência sexual, a Secretaria se articulou com outras instituições governamentais, estabeleceu parcerias com entidades não governamentais e criou uma estrutura de atendimento, dotada de fluxo e condutas baseadas nas orientações preconizadas pela Norma Técnica. Entretanto, seus investimentos nesta área são bem anteriores à criação do Plano Estadual, e, em boa parte, desvinculadas de suas diretrizes. Foi sugestivo alguns gestores não se lembrarem mais se participaram ou não das ações de constituição do Plano Municipal de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Estas situações insinuam pouca memória institucional ou discutível valorização sobre os documentos oficiais e ações instituídas para a temática, com conseqüente enfraquecimento das políticas de enfrentamento. Grave ainda observar que o Plano Municipal encontra-se pronto desde fevereiro de 2009, aprovado pelo CMDCA, mas ainda não publicado, nem implementado.

O trabalho pode mostrar que a atenção das unidades de saúde é muito mais voltada para as vítimas, colocando a assistência aos familiares numa posição secundária. O atendimento ao autor de agressão é inexistente na rede, historicamente sendo realizado através de parcerias com organizações não governamentais (NAV e NOOS) que revelam grande expertise neste tipo de atendimento.

Apesar de oferecer uma baixa e pouco difundida cobertura para o acompanhamento das crianças, não apresenta perspectivas de ampliação do número de serviços atuantes.

As capacitações dispensadas aos profissionais de saúde que lidam com o abuso sexual, têm se mostrado assistemáticas e pontuais. Outro ponto que merece atenção é a falta de registro acerca destas iniciativas. Nenhum documento foi encontrado sobre os

cursos ou outras capacitações, desconhecendo-se o conteúdo programático e a carga horária ministradas. Sabe-se que as áreas programáticas (APs) têm realizado investimento neste campo, de maneira descentralizada, mas o nível central não tem registro sobre tais ações.

Apesar das gerências de programas promoverem ações de enfrentamento ao abuso sexual infantojuvenil, a Secretaria não constitui avaliações periódicas destas ações, prejudicando a análise de sua efetividade.

Também foram constatadas algumas dificuldades internas, relacionadas à deficiência de comunicação dos pares. Não obstante o combate à violência sexual ser uma meta comum aos gestores do nível central, nem todos os gerentes de programa participam da construção das ações ou são informados a respeito. Por outro lado, algumas iniciativas e sugestões para a implementação do atendimento quando surgem, são temporariamente efetivadas e depois sofrem descontinuidades. Esse descompasso talvez se justifique pelas mudanças de chefias e cargos de confiança dentro da SMSDC-RJ.

Nas unidades de acompanhamento o comprometimento dos profissionais com as pacientes é notório, buscando seguir as orientações preconizadas pela Norma Técnica e tentando, dentro de suas limitações, fornecer a melhor assistência possível. Já no hospital de emergência os profissionais procuram se adaptar às condições exigidas para este tipo de atendimento no contexto tão diversificado do seu cotidiano. Põe-se aqui um questionamento: seriam os hospitais gerais de emergência, que vivem sempre lotados, com pouco espaço físico, seus profissionais sobrecarregados e desgastados pelo excesso de trabalho, locais ideais para fornecer o primeiro atendimento às vítimas de violência sexual? Os profissionais que atuam nas emergências de hospitais gerais lidam, rotineiramente, com a ameaça de morte iminente e, portanto, sua dinâmica de trabalho é

obrigatoriamente rápida, concisa e objetiva, condição adversa ao atendimento de vítimas de violência sexual.

Talvez, se o primeiro atendimento às vítimas fosse feito tão somente nas maternidades, ele poderia ser de melhor qualidade. As maternidades, apesar de dotadas de serviços de emergência, possuem profissionais treinados na área ginecológica e pediátrica e mais capacitados para o atendimento à violência sexual. Mesmo também enfrentando superlotação, a assistência oferecida segue as orientações da Norma Técnica, propiciando um cuidado muito mais especializado às vítimas e seus familiares.

O problema estrutural mais constante, identificado nas três unidades, foi a falta de privacidade por carência de espaço físico. Situação reconhecida por todos os entrevistados como fonte geradora de constrangimentos no trinômio profissional – paciente – familiares.

Outra situação também comum é a deficiência de recursos humanos na área de Saúde Mental, que inviabiliza o suporte psicológico aos profissionais e no HE e HC impede o atendimento às famílias e autor da agressão. Nestas duas últimas instituições, o fato é agravado pela ausência de ginecologistas no corpo clínico, contrariando a Norma Técnica e prejudicando condutas que deveriam ser executadas por este especialista.

No que tange os profissionais que estão em contacto direto com a situação de abuso sexual, nenhuma das três unidades promovem encontros sistemáticos para trocas de experiências. Essas reuniões propiciariam uma maior articulação do trabalho de equipe no atendimento, ofereceria uma percepção integral das pacientes e ampliaria a visão dos profissionais envolvidos sobre situações até então não identificadas. Além disso, essa dinâmica de trabalho traria, inevitavelmente, atualizações aos profissionais sobre a temática, melhorando a qualidade do atendimento. Por outro lado, apesar de ser

fornecido suporte psicológico ao profissional que venha a solicitá-lo (no HA), ele não é oferecido, de forma sistemática e periódica, à equipe que atende. A assistência a casos de violência sexual, principalmente quando se refere a crianças e adolescentes, provoca reações tão impactantes naqueles que lidam com o assunto, que podem comprometer não só o atendimento como também a estabilidade emocional do grupo. O suporte de saúde mental apoiaria e ajudaria a equipe a lidar com dificuldades pessoais, comuns aos vários profissionais, procurando manter o seu equilíbrio.

Ainda que de forma assistemática, foram oferecidas capacitações aos profissionais do HC e HA que os tornaram multiplicadores de conhecimentos dentro de suas instituições, ampliando o olhar e aperfeiçoando condutas daqueles que lidam com a violência sexual. Porém, é motivo de queixa dos mesmos a falta de periodicidade dessas atualizações. No HE, segundo os entrevistados, predominam as capacitações custeadas pelo próprio indivíduo. Óbvio reiterar que para se qualificar o atendimento como adequado é fundamental a promoção de cursos de capacitação aos profissionais de saúde nos diferentes níveis de envolvimento. O aperfeiçoamento regular e periódico repercutiria positivamente em todas as etapas do atendimento, beneficiando as vítimas e familiares.

Sinalizando para uma falta de monitoração dos insumos necessários para este tipo de atendimento, o HC, sendo um local de referência para as crianças vitimizadas serem acompanhadas, não realiza em seu laboratório parte dos exames solicitados para abuso sexual, dentre eles para hepatite e HIV, provocando atrasos no tratamento e alta das pacientes.

Conclui-se, portanto, que apesar dos muitos investimentos realizados pela SMSDC-RJ para fornecer atendimento às vítimas, ainda se fazem necessários ajustes em vários níveis, dotados de complexidade diversa, para se prover uma assistência de

qualidade a todos os envolvidos no processo. Faz-se ainda mister uma maior concentração de forças no nível central, uma mesma linguagem na produção dos trabalhos e coesão dos participantes. Nas unidades de saúde, uma supervisão dos atendimentos, no afã de identificar e ajudar a corrigir problemas que configurem o impedimento de uma assistência humanizada, incluindo o necessário suporte emocional ao profissional.

Referências Bibliográficas

1. United States Department of Health & Human Services. Child Maltreatment 2006. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2008.
2. Morales AE, Schramm FR. A moralidade do abuso sexual intra-familiar em menores. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002;7(2):265-73.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). World report on violence and health. Genebra: OMS; 2002.
4. Observatório da Infância. Abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro – anos 2002, 2003, 2004 e 2005. [acesso em 2008 set]. disponível em:
http://www.observatoriodainfancia.com.br/rubrique.php?id_rubrique=80.
5. Ministério da Saúde. Impacto da Violência na saúde das crianças e adolescentes. Brasília–DF, 2009. 16p.
6. Brasil - Presidência da República Federativa do Brasil - Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente - Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: DDN 100 – Relatório de novembro de 2010 [acesso em: 2011 jan 19]. Disponível em:
http://www.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao_sexual/Acoes_PPCAM/disque_denuncia
7. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Carta de Natal. [acesso em 2008set 22]. Disponível em :
<http://www.comitenacional.org.br/index.php/content/view/22.htm>
8. Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro. Plano de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Artes Gráficas Edil; 2004.
9. Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro (CEDCA – RJ). Deliberação CEDCA- RJ nº9. 2006 jun 28 [acesso em 2007 abr 23]. Disponível em:
<http://www.sbvitimologia.org/direitosh.html>

10. Branco VMC. Notificação de maus-tratos: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 2006.

11. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Da notificação dos maus-tratos à promoção dos bons-tratos à criança e ao adolescente. Atuação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Programa de Saúde do Adolescente. Projeto Violência. 2007 [acesso em 2008 fev 09]. Disponível em:
<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/printerview.htm>

12. Ferreira AL. O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

13. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

14. Organização Mundial de Saúde (OMS). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. France: WHO Press; 2006.

15. Bittencourt CBF. Violência sexual contra crianças: implicações psicológicas. *Pediatria Moderna*. 1995; XXXI(3):420-4.

16. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Lima CA et al, coordenadores. Serie B. Temas básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

17. Ministério da Justiça/ Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA). Fundamentos e políticas contra exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes: relatório de estudo. Brasília; 1997.

18. Save The Children – Suécia. Estudo analítico do enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no Brasil – ESCCA (período 1996 – 2004). Rio de Janeiro: IBRAPI; 2005.

19. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-42.

20. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*. 2002;7(2):3-11.
21. Reis JN, Martin CCS, Ferriani MGC. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20:465-73.
22. Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 132 p.
23. Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(1):31-9.
24. Pinho O. A "fiel", a "amante" e o "jovem macho sedutor": sujeitos de gênero na periferia racializada. *Saúde e Sociedade*. 2007;16(2):133-45.
25. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cad. Pagu*. 2001;16:115-36.
26. Diniz NMF, Almeida LCG, Ribeiro BCS e Macêdo VG. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007 jan-fev;15(1):7-12.
27. Seixas AH. Abuso sexual na adolescência. In: *Cadernos, juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília; 2006. v.1.
28. Azevedo MA, Guerra VN. Vitimação e vitimização: questões conceituais. In: Azevedo MA, Guerra VNA, organizadores. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Editora Iglu; 1989. p. 25-48.
29. Amazarray MR, Koller SH. Alguns aspectos no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia – Reflexão e Crítica*. 1998;11(3):559-78.
30. Cantwell HB. Child sexual abuse: very young perpetrators. *Child Abuse and Neglect*. 1988;12:579-82.
31. Faleiros ETS. *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes*. CECRIA / MJ-SEDH-DCA / FBB / UNICEF; Brasília; 2000.

32. Seabra AS, Nascimento HM. Abuso sexual na infância. *Pediatria Moderna*. 1998;34(7):395-15.
33. Junqueira MF. Abuso sexual da criança: contextualização. *Pediatria Moderna*. 1998;34(7):432-6.
34. Zavaschi MLS, Quinalha AF, Enk I, Telelbon M, Defavery R. Abuso sexual em crianças: uma revisão. *Jornal de Pediatria*. 1991;67(3-4):130-6.
35. Morgado R. Abuso sexual incestuoso: seu enfrentamento pela mulher/mãe [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
36. Gauderer EC, Morgado K. Abuso sexual na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*. 1992;68(7-8):243-47.
37. Azevedo MA. Conseqüências psicológicas da vitimização de crianças e adolescentes. In: Azevedo MA, Guerra VNA, organizadores. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Ed. Iglu; 1989. p. 143-167.
38. Black DA, Heyman RE, Slep AMS I. Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*. 2001;6:121-88.
39. Dubowitz H, Black M, Harrington D. The diagnosis of child sexual abuse. *AJDC – USA*. 1992;146(6):668-93.
40. Jones DPH. Editorial: assessment issues and long-term effects of childhood abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*. 1997;21(10):989-91.
41. Rivara FP, Farrington DP. Prevenção da violência: papel do pediatra. *Jama * Pediatria*. 1995;2(6):687-00.
42. Claramunt MC. Abuso sexual en mujeres adolescentes. In: *Organización Panamericana de la Salud - Programa mujer, salud y desarrollo*. San José (Costa Rica); 2000.
43. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: SBP; 2001.
44. Williams LCA. Abuso sexual infantil. In: Guilhardi HJ et al. organizadores. *Sobre comportamento e cognição: contribuição para a construção da teoria do comportamento*. São Paulo:Esset; 2002. v.7.
45. Starzyk KB, Marshall LW. Childhood family and personological risk factors for sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*. 2003;8(1):93-05.
46. Himelein MJ, Mcelrath JAV. Resilient child sexual abuse survivors: cognitive coping and illusion. *Child Abuse and Neglect*. 1996;20(8):747-58.
47. Garcia I. Vulnerabilidade e resiliência. *Adolescência Latinoamericana*. 2001;2(3):128-32.

48. Cyrulnik B. Falar de amor a beira de um abismo. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
49. Steinhauer PD. Aplicaciones clínicas y de servicio de la teoría de resiliencia con referencia en particular a los adolescentes. *Adolescencia Latinoamericana*. 2001;2(3):159-72.
50. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990;2(4), 425–44.
51. Slap GB. Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milênio. *Adolescencia Latinoamericana*. 2001;2(3):173-6.
52. Junqueira MFPS, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(1):227-35.
53. Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Dez Anos de Estatuto da Criança e do Adolescente; avaliando resultados e projetando o futuro. CECRIA/AMENCAR. Brasília; 2000.
54. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII, Cap.VII. 1988.
55. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, Lei nº 8.242 de 12 de outubro de 1991 e Convenção sobre os direitos da criança. Câmara dos Deputados, Brasília: Coordenação de publicações; 2003.
56. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Edital conjunto SEDH/SPDCA e Conanda/FNCA; jan. 2008.
57. CEDCA – RJ. Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro; 2000.
58. Gomes PS. O trabalho da CPMI da exploração sexual: balanço final. 2004. Disponível em: <http://www.senado.gov.br> (acesso em: 20 jun 2007).
59. Libório RMC. Adolescentes em situação de prostituição: uma análise sobre a exploração sexual comercial na sociedade contemporânea. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005;18(3):413-20.
60. Leal MNP. As Ongs no enfrentamento da exploração, abuso sexual e maus tratos de crianças e adolescentes – Pós 1993. 2006 [acesso em 2007 abr]. Disponível em: <http://www.cecria.org.br>
61. CECRIA. Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes. A exploração sexual comercial de meninos, meninas e adolescentes na América Latina e Caribe - (Relatório Final – Brasil). 1999.

62. Ministério Público de Santa Catarina. Declaração de Estocolmo. [acesso em 2008 jan.]. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br>.

63. UNICEF. Fundo das Nações Unidas Para a Infância. The Yokohama global commitment 2001. 2nd World Congress against commercial sexual exploitation of children. [acesso em 2008 fev]. Disponível em: <http://www.unicef.org/events/yokohama/outcome.html>.

64. Câmara dos Deputados. Declaração pede pacto de combate à violência sexual contra criança [acesso em 2008 jan]. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/homeagencia/materias.html?pk=129174>

65. CECRIA. Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes. Rede de informações sobre violência sexual de crianças e adolescentes (RECRIA). [acesso em 2008 mai 11]. Disponível em: <http://www.cecria.org.br/cecria/cecria/index.htm>

66. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Disque Denúncia Nacional de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes – 100. 2007. [acesso em 2008 maio] Disponível em: <http://www.cecria.org.br/bancos/Dados%20gerais%20.%20Rel%20ate%20novembro.doc?articleid=980>.

67. Ministério da Saúde. Norma Técnica – prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

68. Souza CM, Adesse L, organizadores. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005.

69. Brasil Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.145. Diário Oficial da União nº130, seção1, p.31. 2005 jul 8.

70. Ministério da Saúde. Norma Técnica – prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

71. Ministério da Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. 3ºed. Brasília: SEDH/DCA; 2002.

72. Barbosa H et al. Programa Sentinela Nacional. [acesso em 2007 mai]. Disponível em: <http://www.cedeca.org/publicações>

73. CEDECA–BA. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente da Bahia – Yves de Roussan. Construindo uma história: tecnologia social de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. Salvador; 2003.

74. Brasil. Secretaria de Estado da Assistência Social. Portaria nº 878, anexo I. de 3. dez.. 2001. Diário Oficial da União, 2001 dez 19. Republicada no Diário Oficial da União, 2002 abr 22.

75. Tribunal de Contas da União. Relatório de avaliação de programa: Programa combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília: TCU; 2004.
76. Ministério da Justiça. Principais políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. 2006 [acesso em: 2007 dez]. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/mercosul/doc_reunion_mercosur.pdf
77. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Plano Nacional – uma política em movimento. Relatório do Monitoramento 2003-2004. Brasília; 2006.
78. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS: Guia de orientação nº 1. Brasília; 2006.
79. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução 109 de 11 de novembro de 2009. Publicada em Diário Oficial da União (DOU), 2009 nov 25. Pg. 82. Seção 1.
80. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº737. Diário Oficial da União nº 96, seção 1E. 2001 mai 18.
81. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1968/GM. Diário Oficial da União nº 206, Seção 1, p. 86. 2001 out 26 .
82. Presidência da República Federativa do Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Programa de ações integradas e referenciais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no território brasileiro (PAIR) – parâmetros metodológicos do PAIR. Brasília; 2006.
83. Presidência da República Federativa do Brasil - [Secretaria de Direitos Humanos](http://www.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao_sexual/Acoes_PPCAM/pair/?searchterm=pair) .PAIR. 23 mar 2010.[acesso em: 2011 jan 19]; Disponível em: http://www.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao_sexual/Acoes_PPCAM/pair/?searchterm=pair
84. Diário do Senado Federal. Relatório nº1 do Congresso Nacional. Brasília; 2004.
85. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. – Brasília:Ministério da Saúde; 2010.
86. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Resolução SES nº 1354. Diário Oficial do Estado nº 137. 1999 jul 21.
87. Cavalcanti LF. Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: representação e práticas dos profissionais de saúde [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz; 2004.

88. Araújo CO. Sistema Único de Saúde e o enfrentamento ao abuso e violência sexual cometidos contra crianças e adolescentes. 2005 [acesso em 2007 set]. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br>
89. Lima JS, Vieira MS, Dias MAB. A atenção às mulheres vítimas de violência sexual no Rio de Janeiro. In: Almeida SS, organizador. Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro: UFRJ; 2007.
90. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 224p.
91. Contandriopoulus AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

Apêndice 1



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 109A/2009

Rio de Janeiro, 08 de junho de 2009.

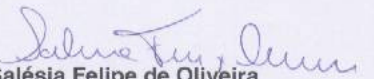
Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vice-Coordenadora: Salésia Felipe de Oliveira</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes María Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Mônica Amorim de Oliveira Nara Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chispim Rafael Aron Abitbol Rondinele Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzana Alves da Silva</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 43/09 CAAE: 0043.0.314.000-09, 0087.0.314.000-09, 0088.0.314.000-09 e 0089.0.314.000-09</p> <p>TÍTULO: Abuso sexual infanto-juvenil: a atuação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para garantir o atendimento especializado das vítimas.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Cristina Wanderley da Paixão.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Hospital Municipal Jesus, Hospital Maternidade Fernando Magalhães e Hospital Municipal Miguel Couto.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 08/06/2009.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761

Apêndice 2

Termo de Consentimento

Projeto de pesquisa: Abuso Sexual Infanto-Juvenil: a atuação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para o atendimento especializado das vítimas”.

Pesquisador responsável: Ana Cristina Wanderley da Paixão

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro

Orientador: Suely Ferreira Deslandes

Eu, Ana Cristina Wanderley da Paixão, venho lhe convidar a participar da pesquisa “Abuso Sexual Infantojuvenil: a atuação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para o atendimento especializado das vítimas”, a ser realizada sob a orientação da Professora Doutora Suely Ferreira Deslandes, para a minha tese de doutorado a ser defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Essa pesquisa tem como OBJETIVO proceder a uma análise avaliativa das ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para garantir o atendimento às crianças e adolescentes sexualmente vitimizados. Será analisada a ótica dos diversos atores que atuam no processo, a compreensão das relações envolvidas na execução das ações, a análise das estruturas, dos processos e resultados.

Pedimos seu consentimento para entrevistá-lo (a), ouvindo suas opiniões e sua experiência sobre o assunto.

Tendo em vista a necessidade de um registro fiel, solicitamos sua permissão para gravar a entrevista. Caso queira ouvir a gravação ou mesmo solicitar que trechos sejam apagados você tem todo o direito de fazê-lo.

Será garantida a CONFIDENCIALIDADE de sua entrevista bem como o ANONIMATO de todos que participarem. Os depoimentos somente serão utilizados para fins de pesquisa, protegidos por um código.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o (a) sr (a) terá plena autonomia em decidir se quer ou não participar da entrevista bem como desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Garantimos que, caso não queira participar desta pesquisa, não sofrerá nenhum tipo de sanção ou observação por parte de seu Departamento ou Instituição.

Em caso de qualquer DÚVIDA, o (a) sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Ana Cristina Wanderley da Paixão, no Instituto Fernandes Figueira endereço Av. Rui Barbosa, 716/1º andar – Dept. de Ginecologia no horário de 8 às 12 horas ou pelo telefone 21-25541700 ramal 1727.

Ana Cristina W. Paixão

[Email – acwp@terra.com.br](mailto:acwp@terra.com.br)

Eu, _____ declaro ter ciência dos propósitos da pesquisa e concordo espontaneamente participar desse estudo.

Apêndice 3

Roteiro de entrevista com gestores da SMSDC – RJ

- **Gerentes de Programa de saúde da criança, saúde do Adolescente e saúde da Mulher.**
- **Responsável pela Assessoria de Promoção da Saúde.**

- **Membros de comissões e fóruns de enfrentamento da violência sexual.**

- **Representantes da SMS que atuam como conselheiros de direitos da criança e do adolescente (CDMA).**

1. Quais foram as ações da SMSDC – RJ nos últimos sete anos para garantir o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?

2. O (A) Sr (a) poderia descrever cada uma?

3. Quais foram os parceiros destas ações (dentro e fora do setor Saúde)?

4. Estas articulações são constantes ou eventuais?

5. Houve alguma ação dirigida aos familiares das crianças e adolescentes vitimizados? (em caso afirmativo) Por favor, descreva-a.

6. Houve alguma ação dirigida ao familiar autor do abuso? (em caso afirmativo) Por favor, descreva-a.

7. Houve alguma avaliação das ações realizadas pela SMSDC-RJ?

8. É oferecido aos profissionais que lidam com abuso sexual algum tipo de capacitação? O (A) Sr(a). pode descrevê-la? (relato livre)

9. A quem são dirigidas as capacitações? Quantos já foram capacitados? Existe alguma periodicidade nesta oferta?

10. O Sr(a). tem alguma sugestão para melhorar o atendimento das crianças e adolescentes vitimizados?

11. O Sr(a). tem alguma sugestão para melhorar o atendimento das famílias das crianças e adolescentes vitimizados?

12. O Sr(a). tem alguma sugestão para melhorar o atendimento dos autores da violência sexual?

13. O(A) Sr(a) conhece o Plano Estadual de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Rio de Janeiro?

14. **(em caso de resposta afirmativa)** A SMSDC-RJ tem alguma participação na implementação do Plano Estadual Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Rio de Janeiro?

15. A SMSDC – RJ tem alguma participação no processo de criação do Plano Municipal de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes? Como anda esse processo?

Apêndice 4

Roteiro de entrevista com os gestores (diretores) e profissionais de saúde das unidades

1. Na sua opinião, como é o atendimento prestado às crianças e adolescentes sexualmente vitimizados neste Serviço ?
2. Quais são os problemas que o Sr (a). encontra neste tipo de atendimento?
3. Há algum atendimento para as famílias?
4. E para o abusador?
5. Você acha necessário haver prioridade de atendimento nos casos de abuso sexual infanto-juvenil?
6. Existem condições e procedimentos que visem garantir a privacidade dos atendimentos às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual? Como o (a) Sr (a). os avalia?
7. Esta Unidade oferece contracepção de emergência? Como o (a) Sr (a). avalia este atendimento?
8. Esta Unidade realiza profilaxia para DST/AIDS e hepatites virais? Como o (a) Sr (a). avalia este atendimento?
9. Esta Unidade realiza o aborto legal em adolescentes? Como o (a) Sr (a). avalia este atendimento?

10. É oferecido aos profissionais que lidam com abuso sexual algum tipo de capacitação? O (A) Sr (a). pode descrevê-la? (relato livre) A quem são dirigidas as capacitações? Quantos já foram capacitados? Existe alguma periodicidade nesta oferta?

11. É fornecido ao profissional que lida com abuso sexual algum tipo de suporte psicológico, supervisão técnica ou consulta a equipe de apoio profissional?

12. O (A) Sr (a). tem alguma sugestão para a melhoria do atendimento às vítimas de abuso sexual e aos seus familiares?

Apêndice 5

Questionário para os gestores (diretores) e profissionais das unidades/responsáveis pelo atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual

1. Instituição: _____

2. Tipo de atendimento: emergencial seguimento outros

3. Porta de Entrada:

referenciado De onde? _____

livre demanda

4. Registro de atendimento:

ficha de pronto-atendimento outros

prontuário outros Qual? _____

5. Atendimento às crianças e adolescentes:

Médico: pediatria ginecologia outras especialidades médicas Quais?

psicologia serviço social enfermagem técnicos de enfermagem

6. Atendimento aos familiares:

psicologia serviço social médico enfermagem

7. Atendimento ao responsável pelo abuso:

sim não Qual _____

8. Condições de privacidade no atendimento às vítimas:

sim não n° de salas

9. Avaliação de riscos:

histórico familiar de violência contato da criança com o abusador
 risco de reincidência do abuso necessidade de medidas de proteção/abrigo
 não é feita avaliação de riscos

10. Exames solicitados

hemograma transaminases gravidez VDRL Hepatites
 Chlamydia hepatite B hepatite C HIV
 bacterioscopia outros Quais? _____

11. Contracepção de emergência: sim não

12. Profilaxia: DST HIV hepatite nenhum

13. Contra- referência e encaminhamentos?

CT SMS ES P delegacia INP
 Outras unidades Quais? _____

14. Consultas de seguimento: mensal bimestral a cada 3 meses não há

15. Acompanhamento Laboratorial:

2 semanas 6 semanas 3 meses 6 meses 1 ano

nenhum

16. Aborto legal: im b

17. Documentos exigidos para a realização do aborto legal em adolescentes:

consentimento escrito do responsável IM

autorização do juiz comitê de ética

18. Procedimentos antes do abortamento legal:

nenhum imunoglobulina anti-Rh profilaxia anti-bacteriana

19. Procedimentos no abortamento legal:

farmacológico (misoprostol) retagem aspiração

20. Procedimento com material coletado pós-abortamento legal:

enviado à patologia desprezado

guardado para eventual investigação de DNA

21. Dados estatísticos sobre n° de atendimentos:

abuso sexual aborto legal nenhum