

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TATIANA PEREIRA GOMES

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA QUESTÃO
PARA A SAÚDE**

PORTO ALEGRE

2016

TATIANA PEREIRA GOMES

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA QUESTÃO
PARA A SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso de apresentação no
Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tatiana Reidel

PORTO ALEGRE

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Gomes, Tatiana Pereira
VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
UMA QUESTÃO PARA A SAÚDE / Tatiana Pereira Gomes. --
2016.
90 f.

Orientadora: Tatiana Reidel.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. Serviço Social. 2. Saúde. 3. Violência Sexual.
4. Criança e Adolescente. I. Reidel, Tatiana, orient.
II. Título.

TATIANA PEREIRA GOMES

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA QUESTÃO
PARA A SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso de apresentação no
Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: _____ de _____ 2016

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a. Tatiana Reidel – UFRGS (orientadora)

Prof.^a Dr.^a. Dolores Sanches Wunsch

PORTO ALEGRE

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço à inteligência suprema do universo, que me permitiu estar aqui, e me concedeu condições para trilhar o meu caminho.

Ao meu marido Roberto, por todas as noites que não saímos, todos os finais de semana em que estive ausente escrevendo, estudando, sempre sendo incentivada a prosseguir.

À minha família, meus pais que não tiveram a oportunidade de estudar, mas ainda assim acreditaram que suas filhas poderiam ser o que quisessem. Minhas irmãs que sempre foram parte de mim, obrigada!

Às minhas colegas de trabalho, em especial para as minhas companheiras Marlete e Tereza, pela compreensão, pelo incentivo, por acreditar que eu chegaria quando eu mesma duvidei.

Aos colegas de curso, em especial às minhas colegas de turma, pelas discussões proveitosas, pelas conversas, pelos risos e lágrimas compartilhados.

Aos professores do curso de Serviço Social, por me auxiliar nesta trajetória, em especial à professora Tatiana, minha orientadora, por acreditar que eu sempre podia um pouco mais e por me deixar chorar quando precisei, com ou sem lágrimas.

À minha supervisora de campo, Myriam, por tudo o que generosamente compartilhou comigo enquanto estivemos juntas. Prometo sempre lembrar de usar um batom.

À todas as crianças que sofreram e sofrem todo tipo de violência, esta produção acadêmica é para vocês, para que nada seja esquecido.

Aos algozes da inocência sobra o argumento de que um dia, quase certamente, também eles foram vítimas nas mãos de um carrasco. E a nós, que escutamos seus gritos na rua, no consultório, no conselho ou no tribunal, qual é a desculpa que nos resta? Ou passamos a merecer a confiança da criança que nos estende a mão ou a tragédia é tudo o que nos restará.

Eliane Brum

RESUMO

O presente estudo tem como tema a violência sexual contra a criança e o adolescente, compreendendo-a enquanto problema de saúde pública. Propõe-se a refletir acerca do tema à luz do conceito ampliado de saúde, de forma a considerar os determinantes sociais de saúde envolvidos no processo, bem como analisar o trabalho do assistente social frente à esta expressão da questão social em um contexto hospitalar, levando em consideração a experiência de Estágio Curricular Obrigatório no Programa de Proteção à Criança. Para tanto desenvolve-se uma pesquisa de caráter quanti e qualitativo utilizando a base de dados disponível no site da Prefeitura de Porto Alegre, oriunda das notificações de violência para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Também foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de Dados: Portal da Capes, o Sielo e o Google Acadêmico, Lumes Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e os Repositórios da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), da Universidade de Brasília (UNB) e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) à partir de 2005, além de utilizar produções acadêmicas de Universidades com Curso de Serviço Social que abordam mais extensivamente o tema da Violência Sexual. As categorias analisadas foram violência sexual, criança e adolescente, saúde pública, determinantes sociais e Serviço Social. Dos 47 artigos identificados apenas 27 respondiam ao recorte temporal e de alguma forma ao propósito deste trabalho. Assim como 6 dissertações de mestrado, duas teses de doutorado e documentos produzidos durante o estágio curricular obrigatório. Os dados quantitativos foram tabulados e articulados com a análise qualitativa das categorias pesquisadas. O referencial teórico é método histórico dialético crítico. Como resultado explana-se a relação da violência sexual com a Política de Saúde e como a referida violência pode ser considerada um problema de saúde pública. Evidencia-se através da análise dos dados provenientes das notificações de violência características das vítimas e dos agressores, bem como identificam-se os determinantes sociais envolvidos na violência sexual infanto-juvenil. Procede-se uma análise acerca do trabalho do assistente social com as vítimas de violência sexual e suas famílias em um contexto hospitalar, situando a vivência da autora no Estágio Curricular Obrigatório de Serviço Social frente à violência contra a criança e o adolescente sinalizando formas possíveis de qualificar as ações profissionais.

Palavras-chave: Violência sexual.Criança e adolescente.Saúde pública.Determinantes sociais e Serviço Social.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Número de vítimas de violência sexual infanto-juvenil por ano de 2009 a 2015	30
Gráfico 2 – Número de vítimas em relação à idade de 2009 a 2015 -----	31
Gráfico 3 – Número de vítimas por faixa etária e sexo-----	34
Gráfico 4 – Vítimas em relação à raça/cor por percentual de 2009 a 2015-----	36
Gráfico 5 – Percentual de vítimas quanto a ter sofrido ou não a violência sexual mais de uma vez-----	37
Gráfico 6 - Número de agressores em relação ao seu sexo no período de 2009 a 2015 -----	40
Gráfico 7 – Percentual do uso de álcool pelos agressores-----	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação vínculo dos agressores com as vítimas do sexo feminino em relação à idade	41
Quadro 2 - Relação vínculo dos agressores com as vítimas do sexo masculino em relação à idade	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 VIOLÊNCIA SEXUAL E SAÚDE QUE RELAÇÃO É ESSA?	14
2.1 O fenômeno da Violência contra a Criança e o Adolescente-----	15
2.2 O Conceito Ampliado de Saúde: os determinantes sociais -----	19
2.3 A Violência Sexual enquanto problema de saúde pública-----	24
3 QUEM TEM MEDO DO LOBO MAU? A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	28
3.1 Características das vítimas -----	30
3.2 Características dos agressores-----	39
3.3 Determinantes Sociais de Saúde-----	47
4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACOMPANHAMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	54
4.1 Análise acerca do trabalho do assistente social frente à violência sexual contra a criança e o adolescente em um hospital universitário. -----	54
4.2 A vivência de estágio curricular obrigatório no Programa de Proteção à Criança. -----	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A	84

1 INTRODUÇÃO

Esta produção tem como tema a violência sexual contra a criança e o adolescente, compreendendo-a enquanto problema de saúde pública. Propõe-se a refletir acerca do tema à luz do conceito ampliado de saúde, de forma a considerar os determinantes sociais envolvidos no processo, bem como analisar o atendimento oferecido às famílias, à partir e por meio da experiência em estágio curricular obrigatório em Serviço Social no Programa de Proteção à Criança (PPC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde foi possível uma aproximação com essa expressão da questão social. O referido programa atende crianças vítimas de violência que acessam o HCPA, através dos ambulatórios, internação ou emergência.

A vivência desta experiência possibilitou aproximações sucessivas com realidades que antes não eram ao menos imaginadas. As doenças físicas castigam o corpo, mas a violência marca a alma, causa dores e angústias para as vítimas e para seus familiares. A dor de quem tem o corpo violado vem aos poucos, vai emergindo, a cada entrevista, muitas vezes a confirmação do sofrimento não vem com palavras, mas com olhares, com silêncios que dizem muito.

A inquietação quanto aos casos de violência sexual ficou latente durante e após o término do estágio, onde muitas vítimas chegavam, somente depois de possuírem sinais físicos do abuso, como doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo. Surgiu então neste momento de maior adensamento teórico e reflexão, a ideia de olhar para esse fenômeno inquietante, com maior ênfase e articulação com a saúde.

Dessa forma, justifica-se este trabalho pela necessidade de dar visibilidade à violência sexual infanto-juvenil, considerando-a como problema de saúde pública e que deve ser investigado como tal, na intenção de cooperar para um aprofundamento teórico que visa contribuir para futuras intervenções dos assistentes sociais que atuam em espaços onde essa expressão da questão social se manifeste, bem como contribuir para ações de proteção das vítimas e de suas famílias. Considera-se, que a violência sexual enquanto expressão da questão social está presente em diversos espaços sócio ocupacionais do Serviço Social, tornando-se extremamente relevante conhecer a realidade concreta de suas manifestações para que se possa pensar em mecanismos de enfrentamento possíveis frente a esta realidade.

Para analisar a violência sexual contra a criança e o adolescente através de um olhar embasado no conceito ampliado de saúde foi elaborado o seguinte problema de pesquisa: Quais os determinantes sociais de saúde envolvidos na prevalência da violência sexual contra crianças e adolescentes? Dessa forma pretende-se problematizar a relação entre violência e saúde em seu conceito ampliado bem como refletir e analisar o trabalho do assistente social frente a esta expressão da questão social, em um contexto hospitalar trazendo também a experiência adquirida durante o Estágio Curricular Obrigatório.

A produção deste Trabalho de Conclusão se desenvolve por meio de pesquisa bibliográfica de caráter quanti e qualitativo. Utilizou-se a base de dados disponível no site da Prefeitura de Porto Alegre¹, oriunda das notificações de violência para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Também foi realizada uma pesquisa bibliográfica, onde foram selecionados 27 artigos acadêmicos procedentes de bancos como o Sielo, Portal da Capes e Google Acadêmico; bem como dissertações de mestrado, duas teses de doutorado e Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos repositórios digitais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade de Brasília (UNB), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Optou-se por estas Instituições de Ensino por possuírem curso de Serviço Social e também um certo acúmulo de publicações acerca do tema. Esta pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando as seguintes palavras chave: violência sexual, criança e adolescente, saúde pública, determinantes sociais e Serviço Social. Também foram utilizados documentos produzidos durante o Estágio Curricular Obrigatório como diários de campo e relatórios. O método orientador deste projeto é o materialismo histórico crítico centrado nas categorias: totalidade, historicidade e contradição.

O primeiro capítulo intitulado “Violência Sexual e Saúde que relação é essa?” trata de analisar a relação da violência sexual infanto-juvenil em sua relação com a política de saúde. Para tanto, inicia-se por contextualizar histórica e socialmente a violência sexual, compreendendo seu trajeto nos meandros da História. Na sequência apresenta-se a Política de Saúde, reconstruindo suas trajetórias através do tempo até chegar ao movimento de reforma sanitária, que foi, em grande parte responsável, por sustentar a luta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), discute-se o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais evidenciando posicionamento quanto ao entendimento destes. Finalizando o capítulo faz-se

¹ No site é possível acessar a Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis onde estão disponíveis de forma pública duas tabelas com os dados referidos.

articulação entre violência sexual infanto juvenil e a saúde em seu conceito ampliado, problematizando e apresentando dados e informações que justificam porque a violência sexual é um problema de saúde pública.

No segundo capítulo intitulado “Quem tem medo do lobo mau? A Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes” são apresentadas algumas características das vítimas dessa violência e de seus agressores. Para chegar a esta caracterização foram analisados os dados provenientes das notificações de violência ao SINAN, em Porto Alegre de 2009 à 2015 e comparados esses dados aos achados da bibliografia específica selecionada para esta pesquisa. Após são apresentados os determinantes sociais de saúde identificados como àqueles envolvidos nas situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Na sequência no terceiro capítulo nomeado “O trabalho do assistente social no acompanhamento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias no contexto hospitalar”, problematiza-se o trabalho do assistente social frente a essa expressão da questão social, em um espaço sócio ocupacional da Política de Saúde. Discute-se também a experiência de estágio curricular obrigatório I, II e III desta acadêmica de Serviço Social no Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no trabalho com crianças vítimas de violência e suas famílias.

Por fim, apresentam-se as considerações finais desta produção, pontuando alguns achados da pesquisa e questões que foram problematizadas ao longo do trabalho, retoma-se, também a importância do trabalho do assistente social frente a violência sexual infanto-juvenil, bem como algumas possibilidades de enfrentamento desta expressão da questão social, que adoce física e psiquicamente, tanto as vítimas quanto suas famílias, tornando esse um grave problema de saúde pública.

2 VIOLÊNCIA SEXUAL E SAÚDE QUE RELAÇÃO É ESSA?

Incapaz de enxergar qualquer coerência entre as diferentes manifestações, a criança experimenta verdadeiramente a vovó como duas entidades separadas - a que ama e a que ameaça. Ela é na verdade a vovó e o lobo. Dividindo-a, por assim dizer, a criança pode preservar sua imagem de boa avó. Se ela se transforma num lobo, bem, isto é certamente amedrontador, mas não compromete sua visão da benevolência da vovó. E em qualquer caso, como a estória lhe conta, o lobo é uma manifestação passageira - a vovó voltará triunfante (BETTELHEIM, 2002, p.166).

Apesar de todo respaldo legal constituído através do tempo, fruto de muitas lutas contra hegemônicas, quase diariamente a mídia toma a todos de assalto com as notícias de violência dos mais variados aspectos cometidas contra crianças e adolescentes.

A violência é um fenômeno complexo, multifacetado e, ao tratar deste tema é necessário elucidar que o mesmo não será abordado em todas as suas formas. É necessário fazer recortes, opções para direcionar o estudo e a pesquisa. Assim, esta produção abarca a violência sexual contra a criança e o adolescente, sempre refletindo em sua relação com a violência estrutural. Optou-se por uma análise desse fenômeno à partir da política de saúde, considerando a violência sexual como problema de saúde pública que em seu conceito ampliado, envolve determinantes sociais em seu processo.

Neste capítulo pretende-se problematizar a relação da violência sexual infanto- juvenil em sua relação com a política de saúde. Para tanto, inicia-se por contextualizar histórica e socialmente a violência sexual, compreendendo seu trajeto nos meandros da História, de forma breve, para dar a dimensão de historicidade da qual é dotado o objeto analisado. Na sequência apresenta-se a Política de Saúde, reconstruindo suas trajetórias através do tempo até chegar ao movimento de reforma sanitária, que foi, em grande parte responsável, por sustentar a luta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), discute-se o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais evidenciando posicionamento quanto ao entendimento destes.

Finalizando o capítulo faz-se a articulação entre violência sexual infanto - juvenil e a saúde em seu conceito ampliado, problematizando e apresentando dados e informações que justificam porque a violência sexual é um problema de saúde pública. Importante ressaltar que o fato de considerar a violência um problema de saúde não significa que se desconsidere o trabalho interdisciplinar e intersetorial, imprescindível para o enfrentamento dessa expressão da questão social. Pelo contrário, afirma-se que também a Política de Saúde deve compor essa

intersetorialidade, compreendendo que a violência não é uma questão que pode ser apreendida e atendida de modo individual e sim compreendendo-a enquanto fenômeno complexo, que manifesta-se de diversas formas.

2.1 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Ao tratar de um tema tão complexo como a violência, é necessário esclarecer que este não é um fenômeno que possua um conceito fechado ou um entendimento linear. A violência é um conceito multifacetado, e multideterminado, cuja abordagem varia conforme o enfoque que se dá, conforme as lentes através das quais se olha para o objeto. Com efeito, a violência não pode ser enquadrada em um único conceito, uma vez que suas manifestações de ordem social revelam a existência de fatores de ordem individual, coletiva, histórica, psicológica, subjetiva ou objetiva, que tem impactos econômicos, políticos e socioculturais (SILVA, 2010).

Considerando-se que a violência é um fenômeno complexo, que permite diversos conceitos, para este trabalho optou-se pela utilização de um conceito de violência contra a criança e o adolescente construído por várias autoras brasileiras como Guerra (1996) Assis (1994) Deslandes (1994) e Mynaio (2001) segundo as quais, a violência contra a criança e o adolescente é todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento.

A opção pela utilização de um conceito permite neste momento colocar as lentes do Serviço Social para olhar o objeto de pesquisa. Não é a negação de outros conceitos, ou da complexidade do fenômeno, mas a opção teórico metodológica de utilizar um conceito considerado apropriado para esta análise. Também está claro que este conceito é datado histórica e socialmente, portanto é de conhecimento que nem sempre se olhou para a violência praticada contra crianças e adolescentes com estranheza, nem sempre existiu o conceito de infância e da criança enquanto sujeitos de direitos. A História é mudança constituída de processos não lineares que envolvem e são envolvidos pelos sujeitos sociais.

A violência sempre esteve presente na história de crianças e adolescentes. Embora pareça um problema da sociedade contemporânea, ela é fruto de um processo histórico que relegou à criança o lugar da invisibilidade, tanto no âmbito familiar, como societário, o que corrobora para a compreensão de porque tantos anos se passaram para que a criança fosse considerada sujeito de direitos.

Relatos sobre a vida de crianças e adolescentes das civilizações greco-romana e hebréia já ilustram a presença da violência. Para a criança hebréia, por exemplo, a disciplina era primordial. Uma lei do século XIII a.C. instruía os pais sobre como castigar filhos desobedientes e rebeldes e, quando estes tinham dificuldade na realização desta tarefa, um conselho era solicitado para lidar com o filho problema, punindo-o e apedrejando-o até a morte (PIRES, MIYAZAKI, 2005).

No império greco-romano, severidade e disciplina eram também consideradas indispensáveis no trato à criança. O infanticídio era prática habitual, cabendo ao pai definir se aceitava ou não o recém-nascido, que quando rejeitado ou abandonado, dificilmente era recolhido por alguém e acabava morrendo. Condenar à morte crianças portadoras de deficiências ou malformações também era prática comum, pois se acreditava que estas não seriam socialmente úteis, estando assim justificada a sua eliminação. Além disso, a miséria era uma das principais causas de morte de crianças, estimulando o infanticídio, por falta de alimento (PIRES, MIYAZAKI, 2005).

É no final do século XVIII que a infância começa a ser vista como uma fase distinta da vida adulta. Até então, as escolas eram frequentadas por crianças, adolescentes e adultos. Com o surgimento do entendimento de que a infância é uma fase distinta da vida adulta, os castigos, a punição física, os espancamentos através de chicotes, paus e ferros passam a ser utilizados como instrumentos necessários à educação. Na Inglaterra, em 1780, as crianças podiam ser condenadas à pena de enforcamento por mais de duzentos tipos penais. Em 1871, é fundada em Nova York a Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra as Crianças, a partir do caso da menina Mary Ellen (AZAMBUJA, 2006).

Mary Ellen era uma menina órfã de mãe, abandonada pelo pai, que sofreu severos maus-tratos na família substituta. O fato causou profunda indignação na comunidade da época que percebeu não haver um local próprio destinado a receber este tipo de denúncia. Em razão disso, o caso da menina Mary Ellen foi denunciado na Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra os Animais. Necessitou ser equiparada ao animal para que seu caso pudesse ser examinado pelo tribunal da época. Pouco tempo depois, na Inglaterra, é fundada uma sociedade semelhante, voltada à proteção da criança (AZAMBUJA, 2006).

Ao analisar a violência sexual infanto-juvenil, tem-se o mesmo entendimento inicial, o conceito de infância é uma construção sócio histórica, em constante transformação, de modo que certas práticas hoje consideradas no mínimo impróprias eram lícitas e até desejáveis em outros períodos históricos.

Até meados do século XVI não havia problema em manipular órgãos genitais de crianças, ou utilizar linguagem grosseira em sua presença. Elas viam e ouviam tudo.

Essa ausência de reserva diante das crianças, esse hábito de associá-las a brincadeiras que giravam em torno de temas sexuais para nós é surpreendente: é fácil imaginar o que diria um psicanalista moderno sobre essa liberdade de linguagem, e mais ainda, essa audácia de gestos e esses contatos físicos. Esse psicanalista, porém, estaria errado. A atitude diante da sexualidade, e sem dúvida a própria sexualidade, variam de acordo com o meio, e, por conseguinte, segundo as épocas e as mentalidades (ARIÈS, 1978, p.129)

Portanto, é preciso compreender a historicidade dentro do objeto “violência sexual”, buscando suas origens para pensar além do imediato, para perceber as construções sociais produzidas. A História é movimento, um constante vir a ser, o que é permitido em alguns momentos é proibido em outros.

Nas sociedades gregas, as relações entre adulto e criança não eram concebidas por meio da repressão sexual, mas consideradas como uma prática sexual comum conduzida pela condição do indivíduo na sociedade. Por isso, uma relação sexual com uma criança ou adolescente era vista como uma prática natural, desde que o adulto (homem) mantivesse uma posição de poder perante outrem.

A moral sexual da antiga sociedade grega foi idealizada e estritamente dirigida a homens, por isso a mulher somente aparece como um objeto, ou no máximo, como a parceira a qual deveria ser vigiada e educada constantemente. Não obstante as diversas mudanças no contexto cultural, que transpassaram os séculos, persistiram ainda após a Antiguidade a imagem do homem como o senhor absoluto da sua família, aquele que detinha o poder sobre sua mulher e filhos, dos quais lhe cabia uma obediência e servidão inquestionáveis (GASPAROTTO; VIEIRA; GROSSI, 2014, p.82)

A posição da mulher nessas sociedades era de submissão ao homem, o senhor da casa, aquele que era cidadão e participava das discussões políticas na *Àgora*². A mulher era aquela que cuidava da casa e das crianças. Essas foram imagens que persistiram por muitos séculos após a antiguidade, sendo reforçadas pela Igreja, poderosa e influente, durante a Idade Média. São construções históricas que acabam sendo referendadas pelo sistema capitalista à partir do século XVIII. Um modo de produção que envolve desigualdade de relações.

²Praça pública onde se realizavam as assembleias políticas na Grécia antiga servia também como templo religioso, sendo decorada com pórticos, estátuas, colunas e pilares. Local em que, nas antigas cidades gregas, se situavam os mercados.

Percorrer a constituição da família, no início da civilização, na antiguidade, e a hierarquia que se desenvolveu na Grécia Antiga, na organização do núcleo familiar, são subsídios para se compreender a estruturação do regime patriarcal dentro do modo de produção capitalista. A maior dificuldade em analisar o fenômeno da violência de gênero, refere-se “à constituição da tríade patriarcalismo/racismo/capitalismo”, não como eixos paralelos, mas sim entrecruzados, em que o patriarcalismo legitima a assimetria das relações de gênero, a subordinação da mulher ao homem; e o racismo permite ao branco determinar o lugar do negro na estrutura social.

A invisibilidade das contradições e a impossibilidade de uma perspectiva igualitária, nas relações sociais, contribuem fortemente para o mascaramento das situações de violência sexual. No desocultamento do processo histórico da violência sexual, é indissociável a relação entre como essa violência desenvolve-se no seio das relações interpessoais, com a totalidade das determinações que a constituem. Assim, apreende-se a importância de inserir, nessa interligação, as relações entre os homens, historicamente determinadas por circunstâncias genéricas e particulares, buscando com isso produzir o movimento do real, a partir da totalidade dos fenômenos que a compõem, no sentido de viabilizar um certo aprofundamento na essência da violência sexual (GASPAROTTO; VIEIRA; GROSSI, 2014).

Nesse sentido a violência sexual deve ser compreendida como expressão da questão social, e não como um fenômeno isolado. É importante ressaltar que a questão social não se expressaria somente na exploração sexual comercial – por seu caráter de relações sociais desiguais, de exploração sobre classes e por acometer majoritariamente as classes empobrecidas. É importante destacar que violência sexual, nas outras formas em que se manifesta também se constitui como expressão da questão social, uma vez que envolve relações desiguais – de gênero e de faixa etária –, dominação e opressão. Apreende-se que a questão social não é unívoca, mas ao contrário, ao seu entorno insere-se compreensões diferenciadas e atribuições de sentido muito diversas (NETTO, 2009).

Além de expressão da questão social a violência sexual infanto-juvenil tem sido entendida, pela magnitude que atingiu na sociedade contemporânea como um problema de saúde pública. Para compreender como é possível abordar o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes pela ótica da saúde pública é necessário resgatar como se constituiu a própria política de saúde no Brasil, e como o conceito de saúde transformou-se ao longo do tempo.

2.2 O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE: OS DETERMINANTES SOCIAIS

Ao longo da história recente do Brasil o conceito de saúde vem sofrendo modificações. A década de 1980 foi um período que produziu e presenciou profundas transformações no sistema de saúde brasileiro, determinadas pelo quadro de crise econômica, social e política, agravada pelo déficit operacional na Previdência Social, em decorrência da políticas econômicas recessivas.

A década de 1980 foi marcada pela grave crise econômica, política e social que agravou as condições de qualidade de vida de camadas da população brasileira. Resultou na incapacidade do governo financiar o setor da saúde. O campo acadêmico, os movimentos sociais e as categorias profissionais comprometidas com mudanças, denunciam as condições de saúde da população, o centralismo autoritário do regime militar e propõem alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tendo como componentes essenciais a descentralização, a universalização e a unificação no setor – Movimento da Reforma Sanitária.

[...] refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, contou com um processo de mobilização nacional expressiva. Militantes do Movimento da Reforma Sanitária, participantes de diversas instâncias estaduais e municipais e sociedade civil, participaram na perspectiva da luta e conquista de mudanças de paradigmas do modelo assistencial de saúde. A assistência médica era assegurada apenas para os trabalhadores que possuíam vínculo com o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), ou seja, para se ter acesso ao serviço era necessária a contribuição previdenciária, excluindo, assim, parcela da população, que sem opção, era atendida pelas Santas Casas de Misericórdia, através da beneficência. No caso do trabalhador rural, contava-se com o FUNRURAL (TEIXEIRA, 1989).

O país vivia o enfraquecimento e queda da ditadura militar e a transição democrática. Esse momento histórico culminou com a Constituição Federal de 1988. O Movimento da Reforma Sanitária teve nesse período, um papel marcante no que se refere ao processo de discussão e reflexão do conceito ampliado de saúde, da proposição de um novo modelo

assistencial de saúde orientado para a promoção da saúde e prevenção da doença com a participação popular.

A partir desse momento repercussões importantes influenciariam decisivamente a nova configuração da política de saúde. Os constituintes produziram um capítulo dedicado à definição de saúde no interior da Seguridade Social, reconhecendo-a como direito universal e dever do Estado, conforme exposto no artigo 196:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.133)

Passa-se a um conceito de saúde ampliado, que não envolve apenas o tratamento e recuperação da doença, mas a articulação entre os setores: social e o econômico. Essa nova condição é regulamentada, em 1990, a partir das Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e a Lei nº 8.142/90 que trata da participação popular e da transferência intergovernamentais de recursos financeiros para a área, detalhando o conceito de saúde e os princípios de universalidade, equidade e integralidade, além dos princípios organizativos: regionalização; hierarquização, descentralização; comando único; a participação popular e a complementaridade do setor privado, dentro do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2001).

O artigo 3º da Lei 8080/90, vem explicitar o novo conceito de saúde:

[...] A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Lei nº 8.080/90 de setembro de 1990).

Esta nova concepção vincula a saúde aos diversos determinantes e condicionantes sociais e a integralidade humana. As ações desencadeadas nesta área devem pautar-se pelos princípios norteadores do SUS. “O princípio da universalidade explicita que todas as pessoas, indiscriminadamente, têm direito à saúde, por se tratar de direito de cidadania e dever das três esferas de governo: federal, estadual e municipal”. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35)

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

(CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, PELLEGRINE, 2007).

A dimensão crítica do social na saúde, no Brasil, aparece com a incorporação da teoria marxista ao pensamento sanitário através da análise das condições de saúde da população, relacionando-as com os componentes estruturais da sociedade capitalista.

A equidade, outro princípio doutrinário do SUS, atenta às diferenças e desigualdades existentes com relação às necessidades e o acesso dos grupos populacionais aos serviços de saúde, ao afirmar que:

[...] todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades [...] os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes [...]. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35).

Já, o princípio da integralidade considera as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Logo, deve-se articular com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que repercutem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, 2001)

A integralidade deve assumir ações de saúde:

Os serviços devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças. Isso exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar de danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso à ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação, etc.). Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária etc.). Recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes).Essas ações de promoção, proteção e recuperação devem formar um todo indivisível. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35-36)

Nesta perspectiva, considera-se a integralidade para além da atuação da organização contínua do processo de atendimento nos níveis de complexidade da atenção. Entende-se que o processo de trabalho, no âmbito da saúde pública, deve refletir a compreensão de uma prática sanitária integralizadora, pois, as ações neste setor, requerem o envolvimento das diversas áreas do conhecimento e de serviços para dar conta do conceito ampliado de saúde. (ALMEIDA, et al, 2001)

As unidades de serviços de saúde constituem-se, assim, na porta de entrada das diversas demandas existentes, e a apreensão da realidade social como um “todo indivisível”, determina o processo de trabalho dos sujeitos sociais envolvidos. A compreensão desta dimensão poderá desencadear ações sobre as causas ou os riscos do adoecer num determinado território, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde, abarcando a apreensão quanto as demandas sociais emergentes no território de abrangência da Unidade de Saúde

Os fatores que interferem no processo saúde-doença são também sociais e históricos, considerando que:

[...] o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico. A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença. (LAURELL, 1983, p.23).

Apresentando os fatores intervenientes no processo saúde-doença, a autora vem reafirmando a definição de saúde descrita pelo SUS, demonstrando, então, a necessária incorporação de novos conhecimentos e novas práticas sociais/sanitárias, procurando a superação das práticas até então constituídas nos serviços.

A adoção na saúde do modelo de Determinantes Sociais como estruturantes dos processos saúde-doença conformam maior centralidade às ações profissionais dos assistentes sociais. A ação deste profissional se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersectorialidade, pois a compreensão da saúde como processo prioriza a vida com qualidade e enfatiza o aspecto político de indução a relações sociais mais igualitárias (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Reconhecer que o processo saúde-doença é determinado socialmente traz implícita uma posição sobre o modelo societário que o produz e a escolha de uma referência teórica para explicar sua gênese e determinação. Adquire centralidade a opção pela perspectiva teórica, pois é a partir dela que se reconstrói e se reinterpreta a totalidade social. Reside nesta opção duas grandes matrizes: uma de cariz norte-americano, com os fatores sociais ocupando uma posição similar, e a posição herdeira da tradição marxista e que se inscreve no âmbito da epidemiologia social latino-americana da década de 1970. Ambas possuem particularidades internas, não sendo unívocas, mas embora permeadas por distinções, é possível agrupá-las a partir de seus marcos referenciais e modelos teóricos (NOGUEIRA, 2011, p.55).

A matriz norte-americana baseia-se na funcionalidade dos fatores sociais na produção das doenças. Vários modelos explicativos foram elaborados sendo o mais utilizado na produção literária brasileira o de Dahlgren e Whitehead que propõe a articulação de aspectos

éticos e sociais com a centralidade no indivíduo, determinando níveis de influência de fatores comportamentais, sociais e institucionais em sua saúde (BUSS; PELEGRINI, 2007).

Como crítica de base, podemos dizer que esta concepção apresenta um quadro extremamente ideologizado dos contextos sociais ditos tradicionais, supostamente formados por indivíduos que compartilham formas culturais e objetivos sociais harmônicos e comuns. Além disso, tratam as sociedades como se fossem agrupamentos humanos homogêneos, na medida em que omitem as privações e carências sociais, bem como as desigualdades diante do acesso a recursos econômicos (NOGUEIRA apud ALMEIDA FILHO, 2004).

Já a matriz teórica de tradição marxista compreende os processos de saúde e doença são determinados pela forma de produção, consumo e distribuição de bens em uma dada sociedade e tempo histórico. Compreende-se que nas sociedades capitalistas as condições de reprodução e manutenção da vida estão determinados pela contradição entre propriedade privada, produção coletiva e apropriação da riqueza, gerando relações de poder assimétricas e opressivas que irão repercutir sobre o padrão de saúde dessa sociedade (NOGUEIRA, 2011).

Dessa forma optou-se pela utilização do conceito de Determinantes Sociais de Saúde conforme a matriz teórica marxista. Assim, as condições de vida, as relações sociais e sua reprodução, na sociedade capitalista são fruto da luta de classes, das desigualdades produzidas por esse sistema. O abismo moderno entre o desenvolvimento econômico e o social gera mudanças que freiam novas perspectivas para a proteção social dos segmentos mais vulneráveis da população. O crescimento econômico, não alinhado ao social, acarreta na radicalização da questão social, sendo que:

O resultado desse processo tem sido o agravamento da exploração e das desigualdades sociais dela indissociáveis, o crescimento de enorme segmentos populacionais excluídos do círculo da civilização, isto é, dos mercados, uma vez que não conseguem transformar suas necessidades sociais em demandas monetárias. As alternativas que se lhes restam, na ótica oficial, são a “violência e a solidariedade” (IAMAMOTO, 2009, p.123)

Portanto, uma sociedade que produz desigualdades sociais produz também a violência, um potente adoecedor para os sujeitos sociais. Existem nesta sociedade fatores que determinam esse adoecer e determinam quem recebe tratamento e tem acesso às tecnologias de saúde. Existem problemas centrais de saúde pública, que apenas recentemente vem sendo entendidos como tal, esse é o caso da violência contra a criança e o adolescente.

2.3 A VIOLÊNCIA SEXUAL ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A preocupação com o abuso infanto-juvenil pela política da saúde é bastante recente no Brasil e no mundo. Isso porque esse sempre foi um tema da segurança pública, e a saúde apesar dos esforços realizados em compreendê-la em seu conceito ampliado com determinantes sociais, é uma política onde o modelo biomédico prevalece. Desta forma, entende-se que o tema da violência não entrou no setor saúde de forma natural (MINAYO; SOUZA, 1999). Foi um tema que se impôs, por um lado pelo grande número de vítimas que acessam a política de saúde, por outro porque se encaixa nos moldes epidemiológicos, com doenças e danos produzidos pela violência, que atualmente já foram incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID), largamente utilizado pelos médicos para estabelecer diagnósticos.

A partir do século XIX, começaram a surgir textos médicos sobre a violência praticada contra crianças. Na França, o primeiro trabalho foi escrito em 1860 por Tardieu, pioneiro na utilização do termo “criança espancada” (RIBEIRO, 2015). Entretanto, apenas na década de 1960, a área da saúde começou a ocupar-se mais da violência contra crianças e adolescentes, sobretudo a área de Pediatria, que no Brasil passou a tratá-la como um problema de saúde. Em 1973 foi descrito, por um dos professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, o primeiro caso de espancamento de uma criança na literatura nacional. Em 1975, um radiologista pediátrico, Dr Armando Amoedo, descreveu mais cinco casos (PIRES, MIYAZAKI, 2005).

Na década de 1980 houve crescente atenção em relação ao tema e, em 1988, o texto da atual Constituição Brasileira, no artigo 227, assegura direitos à criança e ao adolescente:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

No final dos anos de 1990, o Ministério da Saúde, por meio de pressão do movimento feminista e de entidades nacionais e internacionais ligadas à garantia dos direitos humanos, implementou políticas e normatizou ações de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência contra crianças e adolescentes (LIMA, DESLANDES, 2011). Não por acaso mesmo ano da Lei 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que passa a

reconhecer as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, em processo de formação e que necessitavam de proteção integral.

Quanto ao processo de notificação da violência, vale destacar que, até o final dos anos de 1990, não existia um instrumento que pudesse servir de base de dados para dar visibilidade às situações de violência contra as crianças e adolescentes, e conseqüentemente, não se dispunha de maior planejamento para o estabelecimento de ações para o enfrentamento dessa problemática (LIMA, DESLANDES, 2011)

A partir de 1998, o Ministério da Saúde criou o Comitê Técnico Científico para elaborar proposta de “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”. Deste Comitê participaram representantes da Sociedade Civil, entre eles a Sociedade Brasileira de Pediatria, e foram formuladas ações articuladas em políticas sobre o tema de violência e acidentes. Um plano específico, relacionado à violência contra crianças e adolescentes, foi elaborado para a atuação dos profissionais que atendem esta população em todas as instituições de saúde pública e /ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (PIRES, MIYAZAKI, 2005)

Somente em 2001, o Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus tratos contra crianças e adolescentes, atendidos no Sistema Único de Saúde, através da portaria nº 1968 – MS/GM de 26/10/2001. Esta apoia-se no Art. 87, inciso II, da Constituição Federal; no Capítulo I, do Título II da Lei 8.069, em sua determinação de que casos suspeitos ou confirmados deste agravo deverão ser comunicados ao Conselho Tutelar, prevendo penalidade para o responsável profissional de saúde que não o fizesse (BRASIL, 2004, 2002, 2001a, 2001b).

Os maus tratos, dentre os quais se inclui a violência sexual, têm sido considerados por diferentes autores como um problema de saúde pública, tanto por suas conseqüências em termos psicossociais quanto pela frequência com que ocorrem, constituindo-se também como um problema social e psicológico, que afeta a família, a comunidade e a sociedade, (PELISOLI, 2008 e HABIGZANG et al, 2006).

Entre as conseqüências à curto prazo para a saúde da vítima da violência sexual pode-se citar distúrbios das eliminações (enurese³, encoprese⁴), distúrbios do apetite (inapetência⁵,

³ Termo técnico para incontinência urinária.

⁴ Termo técnico para incontinência fecal.

⁵ Que não tem vontade de se alimentar; sem apetite.

bulimia⁶, anorexia⁷), distúrbios do humor (agressividade, depressão), síndrome do estresse pós-traumático, ideação suicida, tentativas de suicídio e alterações do sono. Em longo prazo, são descritos: dificuldades de relacionamento, disfunção sexual, comportamento sexual promíscuo, dificuldade de manter o emprego. A primeira exposição ao abuso sexual infantil está relacionada ao aumento de risco futuro de problemas de saúde mental, incluindo depressão, desordem de ansiedade, desordem de personalidade antissocial, consumo de substâncias de abuso e risco de suicídio. Estimativas sugerem que a exposição ao abuso sexual corresponde a 13,1% das causas dessas desordens (PLATT, 2015).

As consequências, também são sinais de atenção para os profissionais que trabalham com crianças, a divulgação desses sinais que podem indicar violência sexual pode auxiliar na detecção precoce das situações de abuso. Nesse sentido tanto ações de educação permanente com os profissionais como de promoção em saúde para a população seriam formas de enfrentamento possíveis para a violência sexual, a educação permanente poderia ser um meio de capacitar os profissionais para identificar sinais de violência sexual e criar espaços de reflexão acerca do problema que adoece não apenas a vítima, mas também os familiares envolvidos e a promoção em saúde faria o mesmo para a população, identificar sinais, criar espaços de reflexão sobre o assunto seriam possibilidades para atuar na garantia de proteção integral das vítimas e também de outras crianças que poderiam se tornar vítimas.

Além disso, a violência caracteriza ações que podem cessar, impedir, deter ou retardar o desenvolvimento pleno dos seres humanos, sobretudo quando tais ações forem praticadas contra crianças e adolescentes que, estando ainda em uma fase peculiar de desenvolvimento, precisam de cuidado e proteção (PEDERSEN; GROSSI, 2011).

Alguns autores também demonstram a rede social que precisa ser mobilizada para atender os casos de violência sexual infanto-juvenil

O abuso sexual contra crianças é considerado, na literatura especializada, um grave problema de saúde pública, pois tem manifestações complexas não apenas a níveis do desenvolvimento individual, familiar e comunitário da vítima, mas também no que diz respeito à mobilização de toda uma rede social, tanto de cunho jurídico-penal, quanto de proteção e promoção da saúde sexual dos indivíduos (SILVA apud LEAL, 2010, p.16).

Portanto, enquanto fenômeno complexo, deve-se compreender que a violência sexual não acomete apenas a saúde da vítima, mas também de todos os envolvidos, principalmente

⁶ Distúrbio alimentar caracterizado pela ingestão excessiva de alimentos, pelo aumento exagerado de apetite e pelo sentimento de descontrole alimentar; as pessoas com bulimia comem em excesso e, geralmente após as refeições, induzem o vômito.

⁷ Ausência completa ou perda de apetite. Distúrbio alimentar que causa uma perda de peso anormal, ocasionada por uma dieta rigorosa que, feita por quem tem um medo mórbido de engordar, pode apresentar bulimia, indução de vômito após as refeições.

de sua família. Para atender às demandas geradas por este tipo de violência toda uma rede deve ser acionada. Assim, considerar a violência sexual como problema de saúde pública é analisa-la enquanto produto de um momento sócio histórico, com determinantes sociais envolvidos nas múltiplas facetas dessa expressão da questão social.

É deixar de considerar a violência sexual apenas como um problema de segurança, ou ainda torna-la naturalizada e invisível, é reconhecer que esse é um fenômeno que existe nesta sociedade e que traz inúmeros riscos à saúde, conforme já citado anteriormente, não apenas às vítimas, mas aos seus familiares. Admitir que esta expressão da questão social necessita de tratamento, promoção e prevenção em saúde é um avanço necessário na direção do seu enfrentamento.

3 QUEM TEM MEDO DO LOBO MAU? A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Boas meninas não deviam dar ouvidos a qualquer tipo de pessoa. Se o fazem, não é de surpreender que o lobo as pegue e as devore. Quanto aos lobos, estes vêm em muitas variações e seguem as mocinhas nas ruas e até mesmo às suas casas (BETTELHEIM, 2002, p.236)

Quanto ao fenômeno da violência sexual a partir das reflexões e análises que serão temas deste trabalho, é necessário ter, à priori, alguns conceitos chave bastante claros. Estes conceitos envolvem quem é considerado criança e adolescente e o que se compreende por violência sexual.

Conforme o ECA: “Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990). Além da idade o ECA considera a criança e o adolescente como pessoas em formação, e que necessitam, por isso de direitos especiais para lhes conferir proteção integral.

Entende-se como violência sexual contra crianças e adolescentes:

Todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “voyeurismo” (obtenção de prazer sexual por meio da observação) (BRASIL, 2010, p.33).

A violência sexual pode ser dividida em intrafamiliar e extrafamiliar. Compreende-se como violência intrafamiliar:

[...] aquela que ocorre no lar. As pesquisas sobre o tema têm mostrado que, geralmente, a violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal. Quando numa casa se observam maus-tratos e abusos contra algum de seus moradores, é quase certo de que todos acabam sofrendo agressões, embora com diferenciações hierárquicas (SANCHES, MINAYO, 2006, p.33)

Já a violência extrafamiliar abarca “todas as formas de violência que ocorrem fora do espaço da família. No caso de crianças e adolescentes, aquela que não envolve, como agressor algum familiar consanguíneo ou não” (SANCHES, MINAYO, 2006, p.34) Autores⁸ apontam que “aproximadamente 80% são praticados por membros da família ou por pessoa conhecida confiável” (ZAVASCHI et al., 1991, p. 131). A violência sexual doméstica praticada contra a

⁸KEMPE, Ruth S.; KEMPE, C. Henry; MEES, Lúcia Alves; OLIVEIRA, Suzana Braun Antunes de.

criança, de cunho intrafamiliar, “retém os aspectos do abuso relativos ao apelo sexual feito à criança, bem como destaca tal ocorrência no interior da família” (MEES, 2001, p.125).

Quando se fala de violência intrafamiliar, deve-se considerar qualquer tipo de relação de abusopraticado no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros. As estatísticas são eloquentes ao assinalar o homem adulto como autor mais frequente dos abusos físicos e/ou sexuais sobre meninas e mulheres. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001).

Em se considerando a violência contra a criança e o adolescente como um agravo à saúde essa passa a integrar a lista de agravos de notificação compulsória devendo, o profissional de saúde, em todos os casos de suspeita ou violência contra crianças e adolescentes preencher uma ficha com dados, destinada ao SINAN. A partir de 2006, o Ministério da Saúde, estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: (I) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, (VIVA - Contínuo), e (II) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA- Sentinela).

A implementação do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do VIVA Contínuo é responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O registro dos dados no módulo do SINAN-Net é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiologia. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas contra crianças e adolescentes, o perfil das vítimas e dos(as) prováveis autores(as) de agressão.

Os dados que foram analisados neste trabalho são provenientes do SINAN de Porto Alegre, acessados através do site da prefeitura do município, através da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os dados estão armazenados no módulo VIVA - Contínuo, em forma de planilha de Excel, são duas planilhas uma abrange os dados referentes ao período de 2009 até 2013 e a outra os anos de 2014 e 2015.

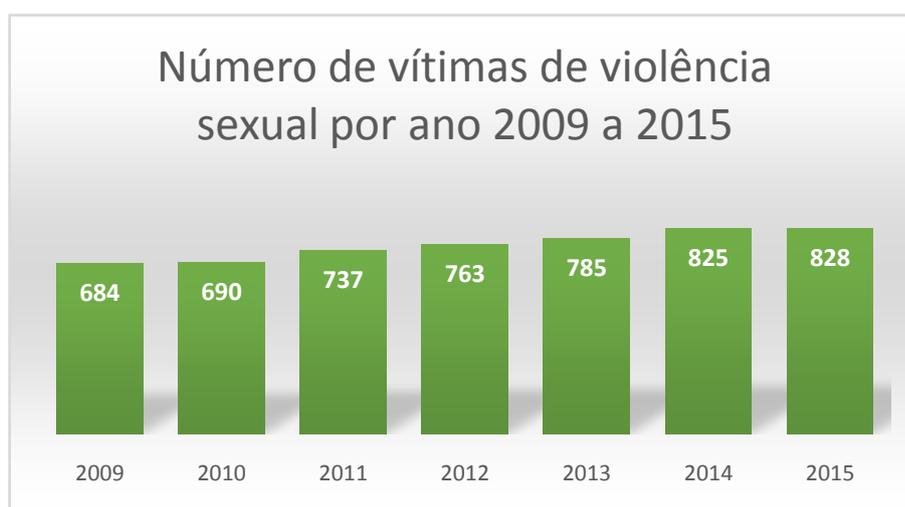
Essas planilhas não abarcam apenas os dados da violência contra criança e adolescente, mas de outras violências de ocorrência intrafamiliar, física, psicológica, financeira, negligência, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar, apenas os casos de violência contra mulheres, crianças e adolescentes, população LGBT, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas com transtorno e indígenas são notificados, portanto, neste caso, apenas estes dados estão disponíveis.

Para este trabalho foi realizado um recorte de idade, de 0 à 18 anos, abrangendo crianças e adolescentes, conforme o ECA, e por tipo de violência, no caso a violência sexual. O presente capítulo contém subitens que abordam, **características das vítimas**, como sexo, idade, raça/cor e se a violência foi recorrente, bem como **características dos abusadores**, como sexo, tipo de vínculo que possui com a vítima (pai, irmão, padrasto, amigo, entre outros), se faz uso de álcool, e qual a média de idade. Os dados encontrados no SINAN de Porto Alegre são comparados aos achados bibliográficos, para fins de análise. Por fim são abordados os principais **Determinantes Sociais de Saúde** identificados como envolvidos **no processo da violência sexual infanto-juvenil**.

3.1 CARACTERÍSTICAS DAS VÍTIMAS

Ao analisar os dados provenientes do SINAN de Porto Alegre no período de 2009 a 2015 verificou-se um total de 5.312 casos notificados de violência sexual. No gráfico abaixo se observa como está distribuído o número de vítimas em cada ano:

Gráfico 1 – Número de vítimas de violência sexual infanto-juvenil por ano de 2009 a 2015



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

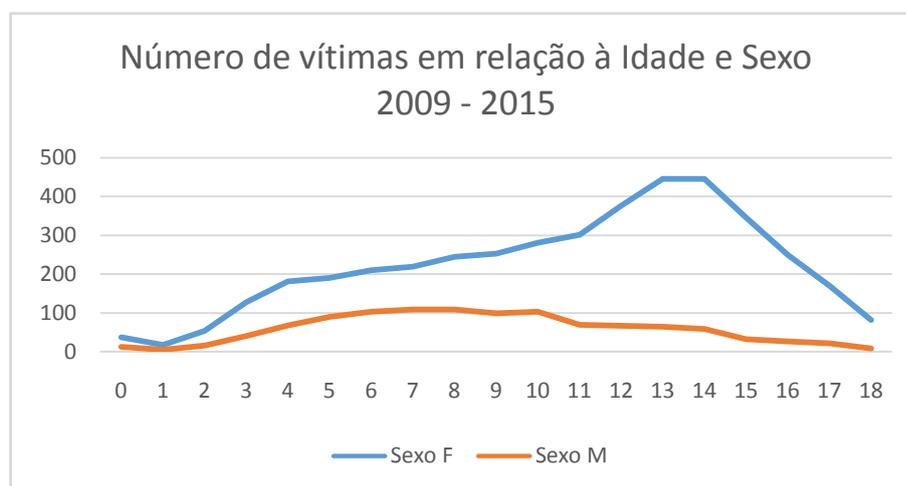
Conforme dados do último censo populacional do IBGE, em 2010, haviam 204.332 crianças no município de Porto Alegre. Considerando uma série histórica verifica-se que esse número vem diminuindo ao longo dos últimos 20 anos: em 1991 eram 273.808, em 2000

diminuiu para 248.405 e em 2010 verifica-se um número menor ainda. Esses dados apontam uma tendência a que esta população continue diminuindo ou estabilize em algum ponto. Portanto, poderia-se inferir que o número de crianças e adolescentes em 2009 era provavelmente maior que o número dessa população em 2015, tendo em vista esta tendência à diminuição, ou estagnação. Portanto, os dados apresentados no gráfico acima, quando comparados à tendência de diminuição da população infantil, de fato refletem um aumento.

Através deste gráfico nota-se que houve um aumento de casos notificados a cada ano que passou, acredita-se que tal fato possa estar relacionado ao aumento do investimento em capacitar as equipes de saúde para realizarem a notificação de violência, com a realizações de cursos oferecidos pela Vigilância Epidemiológica do município de Porto Alegre, ações em instituições da saúde para a capacitação dos profissionais para o preenchimento da ficha de notificação. E, portanto esses números significariam um aumento de casos notificados, não de casos ocorridos na sociedade, o que não é possível afirmar apenas com estas informações.

Com relação ao **sexo da vítima** 4.221 (79,46%) eram de vítimas do sexo feminino e 1.091 (20,54%) do sexo masculino. O gráfico à seguir apresenta por idade e sexo a quantidade de casos notificados ao SINAN em Porto Alegre.

Gráfico 2 – Número de vítimas em relação à idade de 2009 a 2015



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

O gráfico demonstra o número superior de vítimas do sexo feminino em todas as idades desde 0 (menos de 1 ano) até 18 anos. Considerando-se que há um ápice entre os 13 e 14 anos para as meninas, sendo as idades com mais casos notificados. Enquanto no caso dos meninos observa-se um declínio no número de casos conforme aumenta a idade.

Quanto ao fato das meninas serem as vítimas mais recorrentes outras pesquisas trazem resultados semelhantes, mesmo tendo sido realizadas em outras cidades, com outros tipos de documentos.

Em uma pesquisa desenvolvida na região metropolitana de Porto Alegre foram estudados 1.754 registros de crianças e adolescentes de zero a 14 anos que sofreram algum tipo de violência, entre 1997 e 1998. Nesta foram consultadas 75 instituições que prestam atendimento a crianças e adolescentes, tais como conselhos tutelares, casas de passagem, hospitais, órgãos do Ministério Público, entre outros. Com relação aos abusos sexuais, os números apontam que 79,4% das vítimas são meninas e 20,6% são meninos (KRISTENSEN, OLIVEIRA, FLORES apud HABIGZANG et al, 2006, p.379).

Outro levantamento, realizado no Ambulatório de Maus Tratos de Caxias do Sul/RS, entre 1998 e 1999, constatou dentre os tipos possíveis de violência infanto-juvenil, “um predomínio dos casos de abuso sexual (59%) e de vítimas do sexo feminino (77%)”. Estes dados estão de acordo com a análise realizada em 71 processos jurídicos do Ministério Público do Rio Grande do Sul no período entre 1992 e 1998 por violência sexual. Onde se verificou que “a maioria das vítimas foi do sexo feminino (80,9%) e tinha entre cinco e dez anos quando submetidas pela primeira vez à violência sexual” (HABIGZANG et al, 2006, p.380).

Outra pesquisa onde foram analisados 340 casos notificados ao conselho tutelar, no período de 1999 à 2003, demonstra que “84,4% das vítimas de abuso sexual no Município de Itajaí- SC, são do sexo feminino, um dado já esperado uma vez que a literatura aponta para 80% de casos de abuso sexual contra crianças do sexo feminino”. De acordo com os /as autores as meninas são as vítimas preferenciais, reforçando a discriminação e a exploração que sofrem em relação ao sexo masculino (MACHADO et al, 2005, p.58).

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária de 2006 traz dados relativos aos quase 28.000 casos atendidos, no segundo semestre de 2005, no Serviço de Enfrentamento ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, oferecido no CREAS (Centros de Referência Especializado de Assistência Social), em 314 municípios brasileiros:

Observa-se que, se a diferença de gênero altera pouco os dados sobre a negligência e sobre a violência física e psicológica, ela é um fator marcante nos dados sobre violência sexual: três vezes mais meninas (10.158 casos) do que meninos (3.092 casos) foram vítimas de abuso sexual e dez vezes mais meninas (2.629 casos) do que meninos (258 casos) foram vítimas de exploração sexual (BRASIL, Plano Nacional, 2006, p.56).

Diante dos dados apresentados até aqui, constata-se que mesmo sendo de diferentes fontes, CREAS, SINAN, Conselhos Tutelares, Ministério Público, Pesquisas realizadas em

diferentes territórios, os resultados quanto à prevalência de vítimas do sexo feminino se mantêm. Demonstrando que esse é um dado recorrente, não um fenômeno isolado.

Quanto à razão dessa prevalência de vítimas meninas, deve-se considerar dois elementos fundamentais: a desigualdade nas relações intergeracionais e a desigualdade das relações de gênero.

A violência sexual contra meninas é compreendida enquanto fenômeno determinado por dupla subalternidade, de gênero e de geração. Nesse tipo de relação, a violência de gênero é exacerbada pela violência intergeracional, de modo que o lugar social em que idade e o sexo as colocam desqualifica a criança de qualquer autonomia (APOSTÓLICO, 2012, p.7)

Ambas formas de subalternidade fazem parte da História desde a antiguidade, conforme já abordado neste trabalho, e na sociedade capitalista, as relações desiguais encontraram um terreno fértil. Deve-se compreender que além das desigualdades entre classes sociais, também houve a perpetuação de relações desiguais de gênero. Para fins de conceituação entende-se que:

A categoria gênero pressupõe a compreensão das relações que se estabelecem entre os sexos na sociedade, diferenciando o sexo biológico do sexo social. Enquanto o primeiro refere-se às diferenças anátomo-fisiológicas, portanto, biológicas, existentes entre os homens e as mulheres, o segundo diz respeito à maneira que estas diferenças assumem nas diferentes sociedades, no transcorrer da história (FONSECA, 1997, p.10).

Além de serem percebidas como passivas, acusadas de permanecerem em relações violentas e de não protestarem contra os abusos sofridos, as mulheres e meninas têm, ainda, sido vistas como provocadoras, sedutoras e, portanto, culpadas pela violência que sofrem. As meninas, muitas vezes ao buscarem carinho e afeto da figura masculina, recebem sexo e são culpabilizadas por isso. É crucial entender que, mesmo diante de um possível comportamento sedutor da menina/adolescente, cabe ao adulto delimitar as fronteiras adequadas da experiência erótica. As vítimas de abuso sexual jamais podem ser responsabilizadas pelo abuso sofrido (DOSSIÊ – VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA MENINAS, 2005).

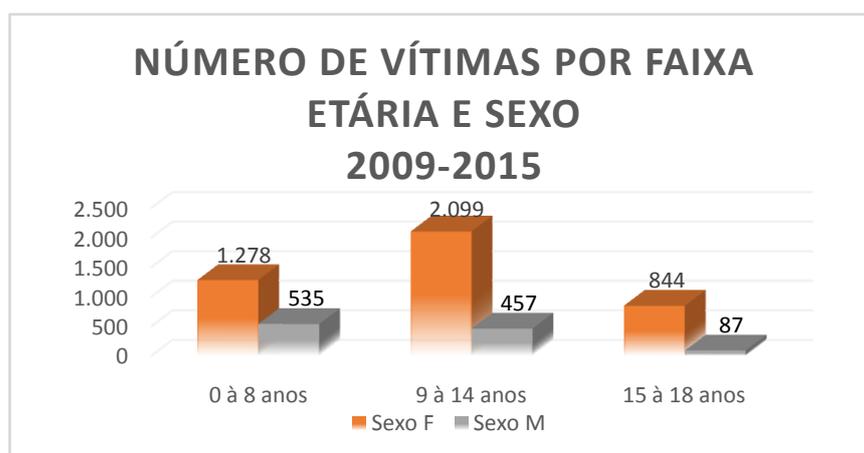
A relação existente entre abusadores e vítimas é indicador das relações de poder existentes na família, pois em 60,4% das situações os abusadores são familiares das vítimas. A família é um espaço contraditório de violência ou de proteção, pois, a maioria dos abusos sexuais é incestuosa. 62,5% das denúncias foram feitas por familiares (52% das denunciadas foram as mães e 10,5% outras pessoas da família das vítimas). As relações de gênero estão presentes nas denúncias, evidenciadas no fato de 70,9% das denunciadas serem mulheres (mães, irmã, tia, avó, patroa da mãe e as próprias vítimas) (DOSSIÊ – VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA MENINAS, 2005, p. 12-13).

Percebe-se, assim, que as mulheres e meninas não são apenas as principais vítimas da violência sexual, mas são também as principais denunciadas da violência. Demonstrando um

potencial para o enfrentamento dessa refração da questão social, que pode e deve ser reforçado. Durante a experiência de estágio curricular obrigatório em Serviço Social, no Programa de Proteção à Criança, de março de 2015 até julho de 2016, observou-se que na maioria dos casos atendidos e acompanhados por esta acadêmica, evidenciou-se a violência sexual, após o diagnóstico de alguma doença sexualmente transmissível que a criança possuía. Em poucos casos houve relato de familiares denunciando a violência, mas aqueles que o fizeram eram todas mulheres. Bem como quem se responsabilizava pelos cuidados das crianças eram majoritariamente mulheres: mães, tias, avós, madrinhas. A figura paterna sempre foi mais ausente no acompanhamento dos casos, embora tenham havido exceções, nas quais os pais participavam do acompanhamento das crianças de forma ativa.

Referente à **faixa etária mais acometida** encontra-se as idades entre 9 e 14 anos para as meninas e 0 a 8 anos para os meninos. Conforme observado no gráfico abaixo:

Gráfico 3 – Número de vítimas por faixa etária e sexo



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

O número de casos de vítimas do sexo feminino chega a 2.099 nesta faixa etária, significando um total de 39,51% dos casos notificados e 49,73% dos casos notificados do sexo feminino. Quanto aos meninos na faixa dos 0 aos 8 anos de idade o número de casos equivale a 10,07% do total de casos, o que equivale a 49,04% dos casos notificados do sexo masculino. Observa-se também uma diminuição no número de casos nas idades dos 15 aos 18 anos em ambos os sexos, de fato esta divisão por idade abarca menos anos que as anteriores, o que não altera o fato da diminuição do número de casos, isso pode ser observado já no gráfico 2.

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária de 2006, já citado anteriormente, demonstra que a faixa etária com maior número de casos de violência sexual foi a de 7 à 14 anos (BRASIL, Plano Nacional, 2006, p.55).

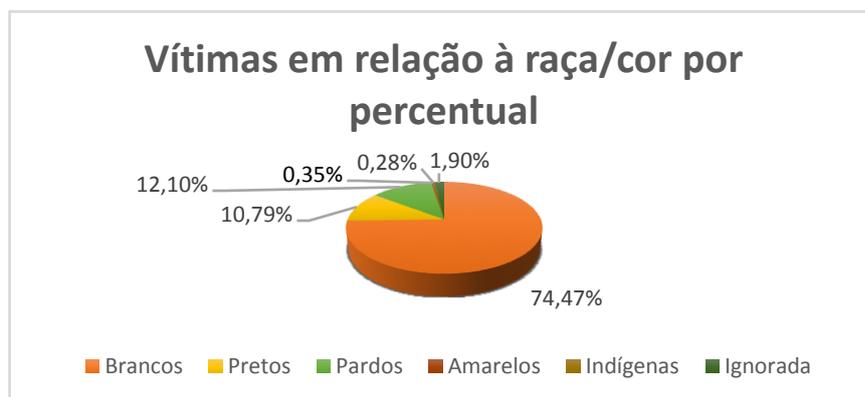
A pesquisa realizada em Itajaí, evidenciou-se que a maioria das crianças vítimas de abuso sexual tinham “idade entre 7 à 10 anos (16,50%) no momento da violação, seguindo-se as crianças com idade de 11 à 14 anos, com percentagem igual a 13% dos casos notificados”. Observa-se que as vítimas são de todas as idades, mas que o fenômeno vai decrescendo a partir dos 15 aos 17 anos, o que talvez possa estar relacionado com a maior possibilidade de defesa e denúncia por parte de uma adolescente mais madura (MACHADO et al, 2005, p.59).

Em uma pesquisa realizada no Distrito Federal com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas pela 1º Vara da Infância e Juventude, obteve o dado que das 47 crianças em situação de violência sexual, “os dois maiores índices se encontravam nas faixas etárias de 3 a 5 anos, e de 6 a 8 anos (23,4% e 27,6%, respectivamente)”, indicando a infância como período de maior suscetibilidade (SANTOS; COSTA, 2011,p.533).

Quanto à faixa etária mais atingida não há um consenso entre as pesquisas analisadas, encontrando resultados diferentes. Não é, possível afirmar qual a faixa etária mais atingida. Alguns fatos se assemelham em todas as pesquisas, o número de vítimas diminui após os 15 anos de idade, é possível que o fato da/o adolescente já compreender melhor a situação e portanto o risco da denúncia para o agressor ser maior, mas também existe a possibilidade de a idade aumentar a culpabilização da vítima, naturalizando a violência sexual, ou reproduzindo a lógica machista de afirmar que a vítima provocou, ou que desejou o que aconteceu e assim fazendo com que o número de notificações diminua.

Outro dado relevante diz respeito à **raça/cor das vítimas**, conforme apresentado no gráfico abaixo em percentual:

Gráfico 4 – Vítimas em relação à raça/cor por percentual de 2009 a 2015



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Encontrou-se nos dados do SINAN de Porto Alegre que 74,47% das vítimas eram brancas; 10,79% eram pretas, 12,1% eram pardas, 0,28% eram indígenas, 0,35% amarelas e 1,90% tinham a raça cor ignorada. É importante considerar que o Rio Grande do Sul possui uma população auto declarada de 79,24% de brancos, 20,24% de negros (pretos e pardos), portanto um número semelhante à proporção de vítimas quanto à raça cor da pele.

Sabe-se que a sociedade atual ainda é perpassada pelo racismo, fenômeno que pode fazer com que esses dados não correspondam exatamente à realidade populacional, uma vez que a raça cor é auto declarada, ou seja, a própria pessoa se define como de determinada cor de pele, muitos por receio do sofrimento infringido pelo racismo, declaram-se brancos negando a mestiçagem que faz parte da constituição do povo brasileiro.

Dados provenientes dos CREAS de 314 municípios do país, acessados através do Plano Nacional já citado, apontam uma diferença quando se trata de exploração sexual, dos casos atendidos, no segundo semestre de 2005, nota-se que “mais do dobro de vítimas era parda ou negra” e que a renda familiar das crianças e adolescentes atendidas é um fator de vulnerabilidade significativa, como a maioria dos casos atingindo famílias com renda de até 3 salários mínimos, e uma parte com renda até 1 salário mínimo (BRASIL, Plano Nacional, 2006, p.56).

No que diz respeito à violência sexual, faz-se necessário diferenciar o que a caracteriza como abuso e como exploração sexual. Entende-se como abuso sexual:

Todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa (GUERRA, 1998, p. 31).

Compreende-se como exploração sexual:

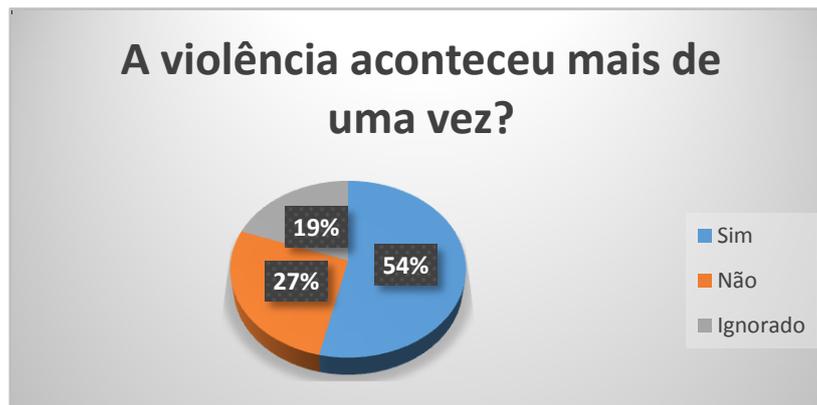
A utilização sexual de crianças e adolescentes com intenção do lucro ou troca, seja financeiro ou de qualquer espécie. Em geral são usados meios de coação ou persuasão, podendo haver um intermediário como aliciador. É uma forma de violência sexual que afeta todas as classes sociais, etnias e ambos os sexos, entretanto é mais comum entre adolescentes mulheres provenientes de classes populares de baixa renda. Esse tipo de violência ocorre de quatro formas: em rede de prostituição, de pornografia, especialmente na *internet*, de tráfico para fins sexuais e em viagens, e no turismo (BRASIL, 2010).

Certamente é necessário fazer uma ressalva quanto aos dados serem provenientes de fontes diferentes, e das diferenças regionais, existentes no Brasil quanto à prevalência de uma ou outra etnia. Mesmo assim é importante destacar a diferença entre vítimas de abuso sexual e de exploração sexual, as primeiras em sua maioria brancas e as segundas negras. Aparentemente mantém-se ainda um certo resquício do passado brasileiro, enquanto o corpo de crianças brancas é violado, o de crianças negras é vendido. Não se pretende aqui fazer qualquer tipo de generalização, visto as diferenças existentes dentro do Brasil, mas apenas apontar um ponto de reflexão, do quanto o passado pode ainda estar presente.

Outra variante analisada, foi a da **repetição da violência**. Na ficha de notificação existe um campo onde se preenche se a violência aconteceu mais de uma vez, a ficha não estipula quantas vezes, a pergunta apenas é respondida com sim, não ou ignorado quando o profissional que está preenchendo não sabe ou não tem certeza. No entanto, não se menciona por quanto tempo a violência vem ocorrendo, fato que pode mudar a forma de intervenção dos profissionais, uma vez que crianças submetidas à violência sexual por longo tempo, geralmente, apresentam maior comprometimento da saúde. O passar do tempo também revela a dificuldade da criança em revelar a violência e/ou da família em acreditar e tomar as devidas providências.

Os resultados são apresentados no gráfico abaixo em percentual para os anos de 2009 a 2015:

Gráfico 5 – Percentual de vítimas quanto a ter sofrido ou não a violência sexual mais de uma vez



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Verifica-se que mais da metade das vítimas sofreu o ato violento mais de uma vez. Ao observar o recorte de sexo, o percentual dos que sofreram a violência mais de uma vez é semelhante, embora o número de vítimas do sexo feminino seja muito maior que o masculino. As meninas apresentam o seguinte percentual: Sim 53,97%, Não 28,12% e Ignorado 17,91%. Para os meninos o percentual é de: Sim 53,77%, Não 27,09% e Ignorado 19,48%. Ou seja, números muito semelhantes independentemente do sexo. Parece existir, portanto, na maioria dos casos a repetição da violência até que esta seja notificada.

Esse é um dado trazido recorrentemente pela literatura especializada, como característico desse tipo de violência, onde o tempo de duração do abuso sexual está relacionado com o contexto em que ocorre a violência. Abusos sexuais extrafamiliares tendem a ter menor tempo de duração em comparação aos abusos ocorridos no contexto intrafamiliar, pois a criança necessita de um tempo maior para perceber que os comportamentos do agressor são abusivos (HABIGZANG; RAMOS; KOLLER,2011).

Uma pesquisa realizada com cinco famílias cujas crianças foram vítimas de violência sexual, atendidas pelo Centro de Referência para a Proteção Integral da Criança e do Adolescente em Situação de Violência Sexual – CERREVS da 1ª VIJ/TJDFT, traz os seguintes relatos de casos, cujos nomes das crianças foram devidamente protegidos:

DAY foi vítima de violência sexual do tipo atentado violento ao pudor, isto é por atos diversos da conjunção carnal, com tentativa de estupro, perpetrado pelo padrasto, por aproximadamente 5 anos – dos 9 aos 14 anos de idade. A violência sexual era associada à violência psicológica com ameaças de morte proferidas contra ela e contra sua mãe [...] LUCI foi vítima de violência sexual, do tipo atentado violento ao pudor, perpetrado por um tio materno, dos 9 aos 12 anos (SANTOS; COSTA; SILVA, 2011, p. 81,82).

Esses casos demonstram que a violência sexual pode perdurar por anos até ser notificada e alguma providência ser tomada, no caso de DAY ainda apresenta as ameaças às

quais a criança pode ser submetida, e portanto, a violência psicológica que vem atrelada à sexual. Alguns estudos realizados pelo Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes mostram a natureza crônica do fenômeno que tende quase sempre a tornar-se episódio repetitivo.

Além de crônico, o fenômeno da violência sexual tem um agravante de incluir também a violência física, a psicológica e a negligência daqueles cujo silêncio protege o agressor. Considerando os dados acima apresentados, ressalta-se a importância da denúncia e de medidas de prevenção da violência intrafamiliar, principalmente a sexual, que deixa marcas psicológicas nas vítimas por muito tempo e causa o adoecimento da criança e de outros sujeitos envolvidos no processo.

Sobre o adoecimento dos envolvidos no processo, considera-se o seguinte excerto proveniente do diário de campo desta acadêmica do dia 06 de abril de 2015:

Nesse momento Sra. Gérbera chora, diz que está cansada, que já está velha e não foi assim que pensou em passar sua velhice. Queria aproveitar um pouco do seu tempo, mas com os cuidados de Maria e a convivência com seu filho não tem tempo para cuidar de si [...] Conversamos sobre como a Sra. Gérbera está sobrecarregada com tudo que precisou enfrentar nos últimos anos. Ela já faz acompanhamento com um psiquiatra e está tomando medicação para tratar uma depressão. Maria segue em atendimento com a psicologia, mas nunca falou sobre o abuso. Seguirá em acompanhamento, bem como a avó seguirá em acompanhamento conosco (Diário de Campo, 06 de Abril de 2015).

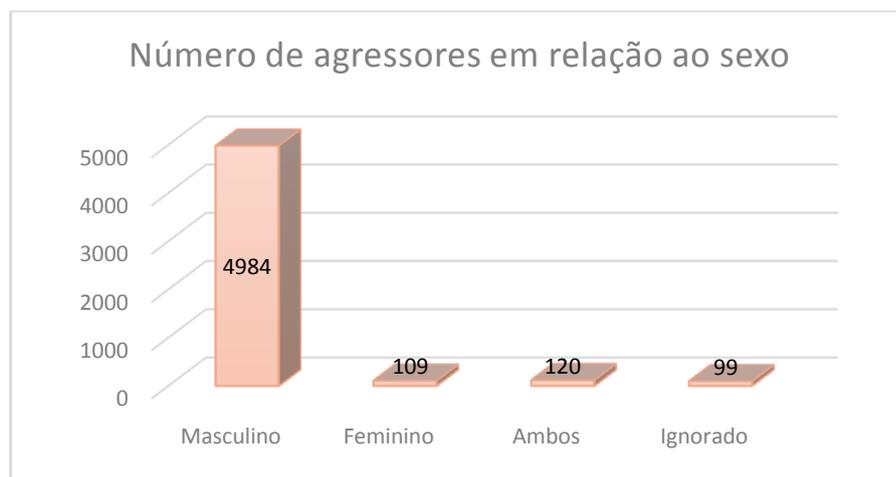
Nesse caso a criança, vítima de violência sexual ficou sob os cuidados da avó paterna, que sentindo-se sobrecarregada com os cuidados com a menina de 6 anos, acabou adoecendo e mesmo em estando já em tratamento relatou durante uma entrevista o quanto foi estava difícil para ela precisar mudar seus planos e se responsabilizar pelos cuidados de uma criança. Constata-se o quanto a violência sexual infanto-juvenil pode incidir sobre a saúde das pessoas próximas, principalmente, daqueles familiares que se responsabilizam pela criança.

3.2 CARACTERÍSTICAS DOS AGRESSORES

Os dados provenientes da notificação compulsória de violência ao SINAN de Porto Alegre também foram utilizados para buscar características dos agressores, na tentativa de compreender melhor não apenas quem são esses agressores, mas que laço estabelecem com as vítimas.

Quanto ao **sexo dos agressores** contactou-se um número consideravelmente maior de homens, embora tenham havido também agressões perpetradas por mulheres, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 6 - Número de agressores em relação ao seu sexo no período de 2009 a 2015



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Percebe-se que os agressores são majoritariamente homens, tanto de crianças do sexo feminino quanto do masculino, uma vez que, o número desses agressores é de 4.984 o que corresponde à 93, 83% de todos os casos notificados no período analisado.

Quanto ao vínculo estabelecido com as vítimas, a ficha de notificação apresenta diversas categorias para assinalar qual o vínculo do agressor com a vítima. O quadro abaixo apresenta os tipos de vínculo em relação à idade das vítimas do sexo feminino.

Quadro 1 - Relação vínculo dos agressores com as vítimas do sexo feminino em relação à idade

Relação Agressores/Vítimas do sexo feminino por idade																				
<i>agressor</i> <i>idade</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T
Amigo	11	2	6	22	30	37	47	59	63	67	58	77	124	137	98	82	43	25	13	1001
Cônjuge														3	6	5	1			15
Cuidador		1	3	5	3	3	6	3	2	4	5	2	2	1	3	2				45
Desconhecido	7	1		2		6	1	5	2	3	6	16	33	27	45	47	56	46	32	335
Ex-cônjuge				1														4	1	6
Institucional			1	2	2	4	3	1	1	1	4	2	4	4	9	3	1	2	2	46
Irmão	2		4	4	3	12	11	8	12	14	11	8	11	7	8	12	8	1		136
Madrasta					1															1
Mãe			1			1	1	1			2				1				1	8
Namorado													9	14	35	14	6	5	2	85
Padrasto	6	3	3	11	27	20	29	36	51	45	65	66	71	95	72	63	46	28	9	746
Pai	5	4	8	38	45	41	32	29	35	23	34	38	34	56	47	46	27	19	10	571
Patrão	1									1					1	2	1	3	1	10
Policial									1					1						3
Próprio						1					1									2
Outro	3	2	17	30	56	49	64	64	66	75	82	79	65	66	93	55	48	23	5	942
Total	35	13	43	115	167	173	195	206	233	233	268	288	353	411	418	331	237	156	77	3952

Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

É possível aferir que a categoria amigo foi a que registrou maior número de vítimas (1001), sendo o agressor, portanto, amigo da família ou da criança. De qualquer forma é uma pessoa conhecida, provavelmente do convívio familiar. A segunda categoria em número de vítimas é a de outro, conforme registros da ficha de notificação esses outros são avós, tios, primos, padrinhos e demais familiares não especificados na ficha. De qualquer forma são familiares da vítima que acabam ocupando a segunda posição em número por estarem somados em uma mesma categoria.

A terceira categoria em número de vítimas é a de padrasto (746), seguida da categoria pai (571). Ambos compoem a família das vítimas como figura importante para a formação da criança. Percebe-se que de 0 a 6 anos o pai tem número maior de vítimas, passando a ser superado pelo padrasto após os 7 anos das crianças. Cabe notar que a categoria namorado aparece aos 12 anos das meninas como o agressor e em todas as idades à partir daí tem a presença dessa categoria.

Também é importante ressaltar que a categoria desconhecido teve um total de 335 vítimas das 3.952, todas as outras sofreram a violência sexual através de alguém de seu convívio e/ou de sua família. O mito do estranho que é o responsável pela violência sexual cai

por terra e torna-se necessário admitir que o agressor faz parte da família, é um amigo, um vizinho, um namorado. O quadro abaixo apresenta a relação de vínculo do agressor com a vítima do sexo masculino em relação a idade e número de vítimas.

Quadro 2 - Relação vínculo dos agressores com as vítimas do sexo masculino em relação à idade

Relação Agressores/Vítimas por idade e sexo masculino																				
<i>agressor \ idade</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T
Amigo	2	2	4	7	12	30	32	39	45	40	36	18	24	27	22	14	8	9	4	375
Cônjuge														1	1	1				3
Cuidador		1			1	3	2	2			3	2					1		1	16
Desconhecido	1		1	2	2	2	3	3	3	1	5	4	6	3	3	2	3	4	1	49
Ex-cônjuge																			2	2
Institucional				3				1	4	1	2	1	1	1		1			1	16
Irmão				2	2	2	4	9	4	7	6	1	6	2	4	2				51
Madrasta				1																1
Mãe							1		1	1	2	3	1	1						10
Namorado													1	5	6	3	2			17
Padrasto				3	8	8	8	6	13	9	10	8	12	13	5	3	5	2		113
Pai	1	2	4	10	18	20	14	8	13	7	12	12	3	3	7	3	3			140
Patrão																1		1		2
Policial																				0
Próprio																				0
Outro	3	2	12	17	22	27	28	21	24	20	14	12	11	13	5	3	2			236
Total	7	5	11	39	61	87	92	99	101	91	95	63	66	66	61	35	25	20	7	1031

Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Observa-se que no caso dos meninos a categoria que acometeu mais vítimas em número foi a de amigo (375 casos), seguida da categoria outro (236 casos). No entanto diferente das vítimas meninas o terceiro maior agressor por vínculo no caso dos meninos é o pai (140 casos) seguido do padrasto (113 casos). Nesse caso se invertem as posições de pai e padrasto, mas as duas primeiras categorias possuem o mesmo vínculo com a vítima que aparece nos casos de violência contra meninas. Destaca-se que figuras femininas somam apenas 11 casos, 10 casos a mãe foi a agressora e 1 caso a madrasta.

Assim, nota-se que independente do sexo da vítima os agressores são majoritariamente homens, com vínculo com a família da criança e/ou a própria, sendo amigos, tios, avós, padrinhos, vizinhos e aqueles que representariam a figura paterna: o pai e o padrasto.

Em termos de violência de gênero, o imaginário social se manifesta, concretamente na forma de dar aos homens força, poder e superioridade, permitindo-lhes, se apropriarem “legitimamente” de toda e qualquer mulher, desde que ela não tenha

ainda um proprietário [...] o fato é que o gênero masculino implica estereótipos de virilidade, força e agressividade, que resultam na construção de violências no bojo das relações sociais (SILVA, 2010, p.31-32).

A revisão bibliográfica traz dados que vem ao encontro destes achados, demonstrando resultados de pesquisas onde o agressor era uma figura familiar e masculina. Uma pesquisa realizada na 1ª Vara da Infância e Juventude cujos sujeitos foram as histórias de violência sexual contidas nas 47 Pastas Especiais autuadas na 1ª VIJ no ano de 2006, revelou que: dentre os 41 agressores registrados, 17 eram os pais, e 10 os padrastos. Isto é, as pessoas que deveriam desempenhar a função parental revelaram-se os maiores agressores das crianças que dependem de sua proteção para o saudável desenvolvimento psicossocial, seguidas de “outros familiares” (9), como avô (3) e namorado da mãe (2). Esses resultados são coerentes com os dados estatísticos da 1ª VIJ/DF, que indicam a maior frequência do pai como agressor (SANTOS, COSTA, 2011).

Dados da pesquisa realizada no município de Itajaí, já citada anteriormente, demonstram que 48% dos casos notificados de violência sexual tiveram origem intrafamiliar, percentual que poderá ser mais elevado se considerarmos que em 14,11% das ocorrências essa informação não foi declarada. A violência sexual intrafamiliar põe em cheque os tabus sociais relativos à vivência harmoniosa familiar, o respeito e o amor paterno e materno. Questiona ainda a crença entre o relacionamento assexual entre os familiares e seus filhos. Para cada 10 abusadores, 05 deles são os próprios pais da vítima, 01 é o padrasto, 03 são os tios e apenas 01 dos agressores é desconhecido. A maioria dos abusos ocorrem em casa, sem evidências físicas, independente de ter ou não ocorrido estupro. A violência sexual infanto-juvenil pode ser praticada por pais (biológicos ou de afinidade), responsáveis legais (tutores, que podem ser inclusive padrinhos...) ou parentes (irmãos, avós, tios, primos...). Quase sempre as vítimas têm problemas emocionais, dificuldade de se relacionar e insegurança, podendo manifestar depressão, nervosismo, distúrbio do sono comportamentos compulsivos ou ainda ideias de suicídio. A pesquisa ainda evidencia que 17,80 % dos agressores são os próprios pais (MACHADO et al, 2005).

A força ou a sedução são as duas formas mais comuns para conquistar a vítima. O agressor tenta convencê-la de que ela é especial, encantadora, ou ainda suborna e lhe dá recompensas. Cerca de 90% dos abusos são praticados por pessoas conhecidas e nem todos os abusadores atacam os próprios filhos, mas quando isso acontece, tem início com o primogênito, o qual é substituído, quando cresce, pelo próximo filho (MACHADO et al, 2005, p.57).

Outras autoras apontam que geralmente as situações de abuso sexual extrafamiliar são de episódio único, caracterizadas por estupro ou pornografia infantil, envolvendo uma pessoa

desconhecida. Já o abuso sexual intrafamiliar apresenta uma dinâmica de funcionamento específica, inicia-se sutilmente e, conforme o abusador adquire a confiança da vítima, os contatos sexualizados tornam-se gradualmente mais íntimos. O abusador por ser alguém próximo à criança e no qual ela confia, utiliza essa relação para obter segredo. Além disso, a dependência em relação ao abusador também favorece o sigilo (SANTOS; DELL'AGLIO, 2009).

Assim os dados encontrados no SINAN de Porto Alegre, com respeito ao sexo e vínculo dos agressores com as vítimas está de acordo com os dados apresentados pela bibliografia pesquisada. Além disso, a bibliografia apresenta outros aspectos importantes, como a forma com que o agressor se aproxima da criança, tentando conquista-la ou sob forma de ameaça. Também o fato da presença de violência intrafamiliar em muitos casos na história do agressor, ou de outros familiares da criança.

A mãe de uma criança vítima de abuso sexual intrafamiliar encontra-se tão envolvida nessa situação quanto a própria criança vítima ou o abusador, podendo vivenciar a violência de três formas: como vítima, como testemunha ou como perpetradora. Na maioria das situações de abuso sexual, a mãe não é identificada como perpetradora do abuso, mas alguém para quem frequentemente a situação é revelada (SANTOS; DELL'AGLIO, 2009, p.86)

A mãe pode ser também uma figura coercitiva, quando nega a violência que a criança ou adolescente relata, seja pela dor do processo, ou por medo das consequências de admitir que a violência ocorreu, nessas situações a mãe, ou figura materna, pode negar até mesmo o atendimento de saúde à criança ou adolescente:

A adolescente mantinha-se de cabeça baixa, ombros contraídos, mexendo muito com as mãos. Visivelmente incomodada e retraída com a presença da mãe. A assistente social olhou para a adolescente e perguntou foi isso mesmo? Como te sentes com tudo isso? A garota assentiu com a cabeça confirmando o que a mãe dizia, mas não disse nada. A assistente social perguntou para a mãe da adolescente se alguma providência foi tomada, se ela levou a filha para fazer exames, ser avaliada por um médico e se denunciaram o ocorrido. A mãe diz que não, que resolveu esperar a consulta com a psiquiatra. A assistente social diz que essas providências são necessárias e que também será preciso comunicar o Conselho Tutelar da cidade em que elas moram para informar a situação. Mas reforça que no momento o mais importante é cuidar da saúde da adolescente. Pergunta o que elas pensam sobre a possibilidade de internação hospitalar que a psiquiatra já havia mencionado. A mãe da adolescente diz que de forma alguma ela levaria a filha para internação e que se responsabilizaria pelos cuidados com a filha. Enquanto ela fala a garota começa a chorar com a cabeça baixa. A mãe diz “estão vendo, ela não quer ir”, a profissional pergunta se ela gostaria de ir para o hospital para se tratar, que a médica e nós também estávamos preocupadas com a saúde dela, que queríamos a sua proteção. A adolescente permanece em silêncio, então diz baixinho “eu não sei”(Diário de Campo, 22 de Outubro de 2015).

Detalhes do relato acima não serão citados para preservar as usuárias. Tratou-se de um caso grave de violência sexual, já relatada para a mãe, que não tomou nenhuma medida no

sentido de denúncia do ocorrido ou de cuidados com a saúde da adolescente. Na ocasião da entrevista citada a adolescente encontrava-se em consulta psiquiátrica com ideias de morte e história de automutilação. A adolescente deixou de falar na presença da mãe, assumindo uma postura que demonstrava o quanto essa presença a coagia. Também fica evidenciado o sofrimento dessa menina, que necessitava de cuidados e proteção, que a mãe, naquele momento, não conseguiu compreender e aceitar.

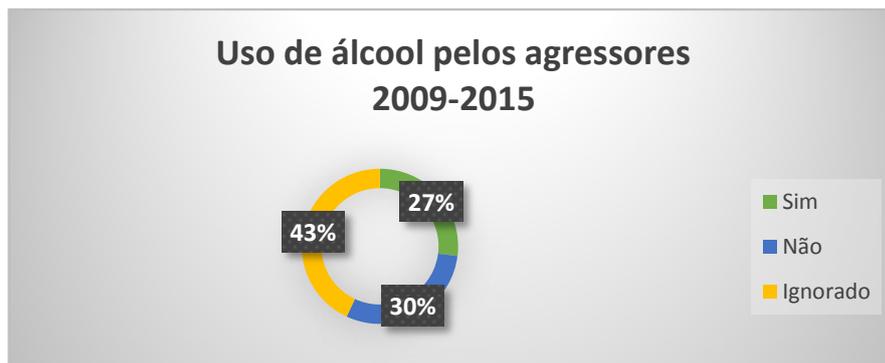
Porque neste caso a reação materna foi essa, não é possível afirmar, inclusive pelo desconhecimento da história pregressa da mãe, mas a literatura especializada analisada aponta algumas situações importantes para construir um entendimento desta questão.

Em relação à história materna de abuso, quatro mães relataram terem sido abusadas sexualmente na infância por uma pessoa próxima, na maioria das vezes pai ou padrasto. Dessas, três foram vítimas da mesma pessoa que abusou de suas filhas. Quando questionadas sobre a revelação de seus abusos, observou-se o precário ou nenhum apoio recebido por parte de suas mães ou familiares (SANTOS; DELL'AGLIO, 2009,p.87).

Observa-se com relação à estes dados o relato das mães de terem sido vítimas de violência sexual, não sendo escutadas e protegidas por seus familiares, e assim, também não conseguiram proteger suas filhas, considerando que em três casos a mesma pessoa agrediu mãe e filha. Esse é um dado relevante para o atendimento e acompanhamento da vítimas de violência sexual infantil e suas famílias. É necessário intervir para garantir a proteção da vítima, o que nesses casos está atrelado à garantia de atendimento também para a mãe, para que em situações futuras tenha condições de proteger suas crianças.

Um outro dado levantado foi quanto ao **uso de álcool pelos agressores**, faz-se aqui uma ressalva, porque a ficha de notificação de violência pergunta especificamente do uso de álcool ignorando o fato de que o agressor pode fazer uso de outras substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. O número de agressores que fazem uso de álcool está representado no gráfico abaixo em percentual:

Gráfico 7 – Percentual do uso de álcool pelos agressores



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Conforme apresentado no gráfico, ignora-se se o uso acontece ou não em 43% dos casos, mas entre aqueles que usam e não usam o percentual é bastante semelhante. O fato de não se questionar o uso de outras substâncias psicoativas afeta a análise, uma vez que o agressor pode fazer uso de crack, cocaína ou outras substâncias e não de álcool e então responde-se não a esta pergunta. A ficha de notificação está em constante reformulação, esse é um campo que deveria ser mais abrangente, para que de fato pudesse ser relevante na análise.

Ainda assim cabe problematizar esse dado, considerando que 27% dos abusadores fazerem uso de álcool é um número expressivo que pode ser mais alto considerando que em 43% dos casos se ignora o uso.

Analisando a bibliografia, constata-se que poucas pesquisas trazem esse dado, mas algumas apontam a ligação entre o uso de substâncias psicoativas pelos adultos e a maior vulnerabilidade das crianças dessas famílias. Na pesquisa realizada no município de Itajaí, verificou-se que a proximidade com a vítima associada, muitas vezes, às péssimas condições de vida, ao alcoolismo ou uso de drogas, são fatores que contribuem para a violência no ambiente (MACHADO et al, 2005).

O seguinte relato é apresentado no trabalho realizado com cinco famílias atendidas pela CEREVS da 1ª VII/TJDFT:

DAM é uma garota de 11 anos que foi vítima de violência sexual perpetrada por um primo de 19 anos. A violência ocorreu como episódio único, envolvendo também agressão física e ameaças. O fato aconteceu na residência de uma tia materna, quando os adultos da casa se encontravam fora, com exceção do tio materno que, sob o efeito de abuso de álcool, se encontrava dormindo (SANTOS; COSTA; SILVA, 2011, p.78).

Verifica-se que o uso de substâncias psicoativas pode estar associado às situações de violência sexual infantil, no entanto, é importante atentar para o fato do consumo estar

presente na família e não apenas na utilização ou não pelo agressor. No caso de DAM, o tio materno não exerceu uma função protetiva por estar sob efeito de álcool.

Não é possível afirmar que o uso de álcool potencializa ou não condutas violentas, ou se pode ser responsável por tais condutas (MINAYO; DESLANDES apud AGUIAR, 2016). Mas quando os adultos de uma família responsáveis pelos cuidados das crianças fazem uso de álcool ou outras substâncias psicoativas, podem não exercer sua função protetiva, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade das mesmas.

Assim acredita-se que além de questionar o uso de substâncias psicoativas pelo agressor a ficha de notificação compulsória deveria questionar se alguém na família faz uso dessas substâncias. Esse dado seria útil inclusive para ofertar tratamento para que esses familiares possam cuidar de suas crianças.

3.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Conforme problematizado anteriormente, os determinantes sociais de saúde são considerados aqui conforme a matriz teórica marxista, deste modo, compreende-se que os processos de saúde e doença são determinados pela forma de produção, consumo e distribuição de bens em uma dada sociedade em seu tempo histórico. Nas sociedades capitalistas as condições de reprodução e manutenção da vida estão marcadas por relações de poder assimétricas e opressivas que irão incidir sobre a saúde dessa sociedade.

A vitimização de crianças e adolescentes é um fenômeno transversal, abrangendo a todos os indivíduos. Tal violência é parte constitutiva das relações capitalistas, que se estabelecem na sociedade contemporânea, sendo indissociável às condições de exploração a que as classes sociais dominadas são expostas. A matriz histórica da sociedade brasileira é marcada por uma cultura colonial escravista, hierárquica e patrimonialista, fortemente verticalizada nos aspectos das relações sociais e intersubjetivas, onde as diferenças e assimetrias são transformadas em desigualdades que reforçam as subalternidades na relação de mando e obediência. O “outro” nunca é reconhecido como sujeito de direitos. As desigualdades sociais são naturalizadas por práticas sociais que ocultam a determinação histórica de classes, da exploração, discriminação e dominação (AGUIAR, 2016).

Durante séculos negros, índios, mulheres e crianças que constituíram e ainda constituem as categorias dominadas não tiveram acesso aos serviços sociais oferecidos pelo

Estado, como educação, profissionalização, habitação, sendo excluídos do mercado de trabalho e de consumo. Ao longo da produção social de sua existência, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. O conjunto dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base concreta sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas de consciência social (SILVA, 1987).

O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina seu ser, é o ser social que inversamente, determina sua consciência (SILVA, 1987, p.87).

Essa sociedade marcada pela desigualdade produz e reproduz a violência. A violência sexual contra crianças e adolescentes revela a perversa realidade da sociedade brasileira, em que a violência estrutural aparece como característica de base e precursora para o aparecimento das violências.

A violência estrutural é prevalecente em sociedades em que existe a distribuição desigual das riquezas socialmente produzidas, a dominação de classes e profundas desigualdades sociais e econômicas. São diversos os fatores determinantes do fenômeno da violência, estando dialeticamente imbricados na composição da estrutura social, sendo “uma forma de relação social que está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência”(ADORNO 1988, p.31).

Dessa forma a violência sexual cometida contra crianças e adolescentes está carregada de reproduções dessas desigualdades produzidas pela sociedade capitalista e patriarcal. Onde as mulheres e as crianças estão submetidas à vontade dos homens. Encontrando nesta pesquisa resultados que apontam como principais vítimas dessa violência as meninas e como principais agressores os homens próximos à estas crianças, verifica-se aqui o primeiro determinante social relacionado à violência sexual infanto-juvenil: a desigualdade produzida por uma sociedade patriarcal e adultocêntrica.

A cultura adultocêntrica baseia-se na superioridade e prevalência do adulto frente às crianças e adolescentes. Ela se expressa na relação verticalizada que desconsidera a infância e a submete ao poder do adulto; através de práticas educativas coercitivas, busca satisfazer seus desejos e vontades. Predominantemente, acontece no espaço doméstico, no seio da família ou do poder parental (AMARO apud AGUIAR, 2016, p.70).

Nas famílias em que a violência sexual faz-se presente, não raro existe uma estrutura familiar patriarcal bastante rígida, com funções bem delimitadas, em que a mulher e a criança

ocupam um lugar de subalternidade, em que gradativamente existe uma anulação destes enquanto sujeitos. A ausência de criticidade, ou mesmo, de consciência acerca das situações de violência sexual, dificulta o rompimento com o ciclo da violência, legitimando o processo de vitimização das crianças e adolescentes. Contudo, salienta-se que a imposição de valores conservadores dentro do sistema patriarcal, concede legitimidade às formas de violência intrafamiliar, uma vez que cabe ao homem manter o domínio sobre a família, fazendo uso da força, coerção e ameaça. Por isso a busca pela ruptura da violência e construção de uma consciência crítica perdem fôlego dentro de uma cultura calcificada por valores machistas (VIEIRA; GROSSI; GASPAROTTO, 2013). Esses valores e relações desiguais incidem diretamente sobre a saúde dos sujeitos subalternizados: as mulheres e as crianças, ou ainda, crianças do sexo feminino que acabam sofrendo tanto a opressão de gênero quanto da cultura adultocêntrica.

Não reduzir o fenômeno somente ao âmbito do econômico é imprescindível, uma vez que, nas relações de vitimização sexual, a díade dominação-exploração transcende as determinações econômicas, estando presente em todas as classes sociais. Tal díade é o elo fundador desta violência, em que as relações de poder incidem diretamente na submissão da criança ao adulto. Tais relações são explicitamente desiguais. Desenhando uma hierarquia entre as categorias de gênero e faixa etária (SAFFIOTI, 2007).

A violência sexual deve ser apreendida como expressão da questão social, e não como um fenômeno isolado. Na sociedade contemporânea, também se encontra massivamente impulsionada pelos valores individualistas, de consumo exacerbado e principalmente da (re) afirmação da cultura machista que se assenta na dominação do adulto sob a criança e o adolescente, que atuam como elementos propulsores para perpetuação de valores ideológicos, culturais e sociais, arcaicos, numa sociedade que se julga cosmopolita (VIEIRA; GROSSI; GASPAROTTO, 2013).

Do ponto de vista da reprodução das relações de dominação, o sistema capitalista não se mantém sem reproduzir relações hierárquicas de poder entre os indivíduos nas microestruturas, no plano das relações interindividuais e da reprodução social, inclusive dentro da família. As hierarquias com potencial discriminatório, entre estas, as relações de violência contra crianças e adolescentes estão imbricadas em uma rede de relacionamentos dialéticos, profundamente afetados pelas características estruturais do sistema capitalista e dominação patriarcal (AGUIAR, 2016).

Contudo, a perpetuação do ciclo da violência, nas relações que se estabelecem no âmbito familiar, transcende as teorias “vítima a vitimizador”. “Esta abordagem possui um

caráter determinista, não considerando as contradições contidas nessa expressão da violência, uma vez que se direciona somente para fatores psicológicos, limitando assim a apreensão multicausal da violência sexual” (VIEIRA, 2013, p.58). A violência sexual imposta às crianças e adolescentes produz profundas marcas para o seu desenvolvimento psíquico, físico e emocional, entretanto a complexidade do fenômeno não se reduz a este aspecto.

O fato de se constatar na presente pesquisa que, conforme os dados do SINAN, a violência foi cometida mais de uma vez em mais da metade dos casos, demonstra a naturalização dessa violência no interior das famílias e a dificuldade em romper com o ciclo da violência, bem como a dor em admitir que a criança ou adolescente sofreram ou estão sofrendo algum tipo de violência sexual. A citação abaixo demonstra a dificuldade de uma mãe em admitir que sua filha foi vitimizada sexualmente, embora demonstre saber do fato:

A Sra. Hortência compartilhou a informação da suspeita de abuso sexual da filha com suas irmãs, diz que elas não acreditam que a menina tenha sido de fato abusada. Ela também não acredita que tenha ocorrido o abuso. Ao mesmo tempo mostra-se bastante desconfiada do atual companheiro. Não comentou sobre o motivo do acompanhamento de Ana no Serviço Social do hospital. Refere que não costuma deixar seus filhos sozinhos com ele e tem reforçado a proteção dos mesmos. Ressalta que como medida protetiva, não deixa Ana sozinha e quando necessário ela fica aos cuidados da tia materna que reside próximo da casa da família. A menina tem comparecido às consultas com a dermatologia, segundo a mãe houve grande melhora das lesões que Ana apresentava. Foi diagnosticada com condiloma há algum tempo, vem seguindo tratamento para a doença (Diário de Campo, 13 de maio de 2015).

Destaca-se não apenas o adoecimento físico e mental da criança, mas também o sofrimento materno em cogitar que o companheiro poderia ser o responsável, sofrimento que foi dividido com suas irmãs, que também negaram a violência, mesmo estando a criança acometida por uma doença sexualmente transmissível. Nessa perspectiva, existe uma articulação de relações sociais gerais e particulares, em que a dominação tem eficácia pela capilaridade que perpassa a cotidianidade das vidas, nos pequenos gestos, nas relações intrafamiliares, na justificação e heteronomia que vão se produzindo. Portanto, estrutura valores, distribui lugares, forma e socializa diferentes sujeitos.

No entanto, deve-se ter o cuidado de não culpabilizar a família, já bastante fragilizada:

É muito fácil e cômodo culpabilizarmos a família, sem questionar o sistema social, econômico, político em que a mesma está inserida. Num sistema capitalista excludente em que vivemos, muitas são as hipóteses em que a família é mais vítima do que violentadora e se ela age enquanto tal é porque reproduz a violência que sofre. (VERONESE; COSTA, 2006, p.89)

É importante considerar que embora a violência sexual seja um fenômeno transversal, que acomete as diferentes classes sociais, fatores como a vulnerabilidade econômica

interferem no enfrentamento à violência. Os processos de exclusão social, pobreza, desemprego, precarização da vida, relacionados ao não acesso às políticas públicas, vulnerabilizam e fragilizam vínculos familiares, potencializando a desproteção das crianças e adolescentes (PEDERSEN; GROSSI, 2011).

Por este motivo considerou-se aqui um segundo determinante social da saúde envolvido na violência sexual infanto-juvenil: a fragilização devido a vulnerabilidade econômica das famílias. Apesar de não dispor de dados referentes a renda das famílias cujos casos de vitimização das crianças e adolescentes foram registrados no SINAN, a literatura específica analisada traz dados importantes referentes a classe social. Cabe aqui, inclusive, uma crítica à ficha de notificação compulsória de violência, a qual não questiona a renda familiar da vítima nem do agressor. Um dado importante para verificar qual as possíveis vulnerabilidades à que essas famílias podem estar expostas.

Não se trata de afirmar que a violência sexual está mais presente entre a população de menor renda, mas que esta população sofre com outras expressões da questão social como a falta de acesso à informação, educação, saúde, alimentação, habitação e estes fatores as tornam mais vulneráveis diante da violência estrutural e também diante da violência sexual.

Na pesquisa realizada no CEREVS da 1ª VIJ/TJDFT, identificou-se medidas protetivas aplicadas à família de uma criança vítima de violência sexual, que foram as seguintes 1) A manutenção da criança sob a guarda dos pais; 2) A inclusão nos programas de assistência social, tendo em vista a baixa renda familiar que impede o atendimento das necessidades básicas da família. Para isso, a família foi encaminhada ao Centro de Referência em Assistência Social da Secretaria de Desenvolvimento e Transferência de Renda do Governo do Distrito Federal – CRAS da comunidade em que reside; 3) A autorização para que os familiares maternos providenciassem tratamentos oftalmológico e odontológico da criança, tendo em vista a impossibilidade dos pais de arcarem com os tratamentos, medicamentos e aquisição de óculos; 4) O atendimento psicoterapêutico para DAM. Para o atendimento psicoterapêutico não se encaminhou para instituição da rede pública, pois a tia paterna se comprometeu a arcar com os custos do atendimento com profissional da rede privada (SANTOS; COSTA; SILVA, 2011, p.81).

Observa-se quantas questões envolvem essa família, para além da violência sexual, a criança não tinha acesso a tratamentos de saúde fundamentais para o seu desenvolvimento como oftalmológico e odontológico, além do atendimento de psicoterapia que a tia materna se comprometeu a custear. Não se propõe aqui afirmar que esta criança sofreu violência sexual devido às vulnerabilidades da família, mas que essas vulnerabilidades decorrentes da desigualdade de renda, influenciam no tratamento dessa criança e em como a família precisa se mobilizar muito mais para buscar esse tratamento e adotar medidas protetivas.

Outro aspecto importante, é que em um expressivo número de casos notificados ao SINAN em Porto Alegre, o agressor era a figura paterna (pai e padrasto) tanto para vítimas

do sexo feminino quanto do sexo masculino. Ocorre que feitas as devidas notificações ao Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude, Ministério Público, estes últimos quando necessário, uma das medidas protetivas determinadas é em muitos casos, o afastamento do agressor. No caso deste ser a figura paterna pode ser também o provedor da família acarretando um problema para essa família.

As condições de sobrevivência das famílias após a denúncia da violência sexual, podem mudar muito, em especial daquelas menos favorecidas economicamente. A configuração familiar se modifica porque há a saída ou a entrada de pessoas na tentativa de proteger a criança, ou esta é deslocada para viver em situação na qual outro adulto se responsabiliza por sua proteção. A condição financeira se altera principalmente quando o agressor é também provedor (o pai, por exemplo), e é recolhido ao sistema penal ou judicialmente afastado do grupo familiar. Essa situação leva a um paradoxo, pois após a denúncia e o afastamento da pessoa que se constituía no perigo para a segurança da criança, a família pode ampliar uma situação de vulnerabilidade (HABIGZANG et al, 2006).

Essa condição de vulnerabilidade dessas famílias pode levar à uma reaproximação com o agressor, na ausência de outras formas de manter a subsistência da família, o que pode comprometer a proteção das crianças vitimizadas. Essas questões referentes à subsistência familiar são tão importantes que uma pesquisa realizada em Carazinho, já citada neste trabalho anteriormente identificou a seguinte situação, quanto às estratégias de enfrentamento das famílias:

Em relação às estratégias de enfrentamento identificadas pelas famílias, percebe-se que se trata mais de estratégias de sobrevivência, relacionadas a necessidades materiais básicas que precisam ser supridas, com exceção do apoio psicológico buscado. As famílias sentem-se mais fortalecidas ao se inserir no serviço, pois têm um local de escuta e acolhida, mas não conseguem transformar as condições opressivas do meio onde estão inseridas. Não relacionam as dificuldades estruturais de moradia, falta de emprego, qualificação profissional, educação e renda com a questão do abuso sexual intrafamiliar, com exceção de uma, como se observa logo abaixo. Para uma das entrevistadas, o enfrentamento da violência se dá através do atendimento psicológico recebido (PEDERSEN, 2010, p.96).

Nota-se que as principais estratégias de enfrentamento das famílias entrevistadas são para sua sobrevivência, e apenas uma família identificou o atendimento psicológico da criança como a principal forma de enfrentamento. Apesar de não vincularem as precárias condições de vida com a violência sexual sofrida pela criança, as questões trazidas por estas famílias remetem à estas condições e à tentativa de enfrentamento das mesmas. Opera-se uma separação entre a violência que sofrem pela falta de acesso aos meios básicos de vida e a violência sexual sofrida pela criança, e ainda uma não identificação das suas mazelas sociais como um tipo de violência.

A tolerância social para com o fenômeno da violência na sociedade brasileira, resulta do “mito da não-violência” que opera em antinomias, com tensões e contradições que não podem ser resolvidas sem uma profunda transformação da sociedade. Cristaliza-se em crenças que são interiorizadas e não são percebidas como tal e tidas não como explicação da realidade, mas a própria realidade que invisibiliza as causas da violência. As explicações empiristas da violência contra crianças e adolescentes, descontextualizadas dos elementos históricos e estruturais que as produzem, reiteram não apenas um simples pensamento, mas formas de ação, que reforçam valores e ideias que, atualizam e auto conservam as relações de dominação (AGUIAR, 2016, p.68).

Assim, o processo de desvelamento dos determinantes sociais envolvidos na violência sexual infanto-juvenil é fundamental para buscar a totalidade dessa expressão da questão social e reconhece-la enquanto problema de saúde pública. Diversos profissionais atuam sobre a violência sexual e seus determinantes sociais, entre estes está o assistente social. Na sequência será abordado o trabalho deste profissional com as vítimas de violência sexual e suas famílias, no contexto hospitalar.

4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACOMPANHAMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

Qualquer pessoa com abertura de imaginação sabe que Chapeuzinho Vermelho não poderia nunca esquecer o encontro com o lobo, nem deixaria de gostar de flores ou da beleza do mundo (BETTELHEIM, 2002,p.238)

O trabalho dos profissionais das equipes de saúde e dos assistentes sociais inseridos nessas equipes é sempre muito delicado, e exige uma posição ética e de sigilo, especialmente nos casos de violência sexual, considerando todos os danos que esse tipo de violência traz para as crianças/adolescentes e suas famílias, bem como o fato do agressor frequentemente ser parte da família ou muito próximo a ela.

Dessa forma, no primeiro item deste capítulo será feita uma breve análise acerca do trabalho do assistente social frente à violência sexual contra crianças e adolescentes em um hospital universitário. Na sequência se discorrerá sobre a vivência de estágio curricular obrigatório desta acadêmica no Programa de Proteção à Criança no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), realizado no período de março de 2015 até julho de 2016.

4.1 ANÁLISE ACERCA DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

A presente análise diz respeito aos processos de trabalho nos quais está inserido o assistente social frente à complexa situação de violência sexual cometida contra crianças e adolescentes. Em um espaço sócio ocupacional da Política de Saúde, de nível terciário, caracterizado pela alta complexidade organizacional e dos serviços prestados.

O Serviço Social, historicamente, constitui-se como uma especialização do trabalho coletivo. E como trabalho compreende-se uma atividade que se inscreve na esfera da produção e reprodução da vida material.

O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história. Mas para viver é preciso comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção de meios que permitam a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material (MARX, ENGELS, 1987, p.39).

Além de prover as necessidades materiais, através do trabalho os homens estabelecem relações sociais, se afirmam enquanto ser social, distinto da natureza. O homem é o único ser que é capaz de projetar com antecipação, em sua mente, os resultados de determinada atividade. “Em outros termos, no trabalho, tem-se uma antecipação e projeção de resultados, isto é dispõe de um dimensão teleológica”(IAMAMOTO, 2015, p.60).

O assistente social tem como objeto de trabalho, a questão social e suas múltiplas expressões, como meios de trabalho sua base teórico-metodológica que vai orientar o eixo técnico-operativo envolvendo também a dimensão ético-política da profissão, fazendo-se a ressalva de que o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação do seu trabalho, depende de recursos, sobretudo materiais, vindos das entidades empregadoras. Como produto de seu trabalho pode-se dizer que existem aqueles visíveis: viabilizar benefícios, acesso à informação, atendimento de saúde, dependendo da demanda atendida. E existem aqueles que não são imediatamente visíveis: o efeito que o trabalho do assistente social produz sobre o processo de reprodução da força de trabalho, isso porque suas intervenções repercutem exatamente sobre as condições de sobrevivência material e social da classe trabalhadora, aquela que de fato produz mais-valia (IAMAMOTO, 2015).

No caso da violência sexual infanto-juvenil, tem-se uma violação dos direitos humanos fundamentais como objeto de trabalho, além de todos os determinantes sociais de saúde que acompanham este tipo de violência, conforme já explicitado anteriormente. Como meios de trabalho é preciso acionar todo o conhecimento acumulado sobre esse fenômeno, apropriando-se teoricamente do tema, além da bagagem teórico-metodológica advinda de todo o processo de formação do assistente social que possibilita o processo interventivo em uma situação tão complexa. Como produto do trabalho espera-se a viabilização da proteção da criança/adolescente, a efetivação de direitos sociais, mas também a reflexão sobre a forma de sociedade capitalista e patriarcal que referenda esse tipo de violência, bem como o diálogo sobre a desigualdade produzida por esta sociedade que dificulta o acesso à direitos. Esta é a reflexão capaz de gerar mudanças à longo prazo.

Desse forma, a intervenção do assistente social constitui-se por meio da interação com diversos sujeitos sociais e apresenta um aparato normativo que respalda de forma jurídica as práticas desenvolvidas. Entre este aparato considera-se a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), o Código de Ética do Serviço Social de 1993 e os Parâmetros de atuação do assistente social na política de saúde, elaborados pelo CFESS.

No caso da violência sexual a intervenção nunca será apenas direcionada à criança, mas envolverá toda a família, bem como outros serviços que necessitem ser acionados. Compreende-se, aqui como família um grupo de pessoas que se encontram unidas por laços consanguíneos, afetivos ou de solidariedade e que se comprometem no cuidado mútuo (BRASIL, 2010).

A família, qualquer que seja a natureza de suas configurações, atua como referencial para o desenvolvimento afetivo e social da criança, mas, em alguns casos, é onde seus direitos são violados [...] O abuso sexual quando praticado por aqueles em quem a criança confia e que deveria protegê-la causa profundos danos. Trata-se de famílias com um padrão abusivo de relacionamento interpessoal que revelam as cicatrizes de sua história pessoal (QUAGLIA, MARQUES, PEDEBOS, 2011 p.266)

Conforme abordado no capítulo anterior, a maior parte dos abusadores são pessoas próximas, figuras paternas (pai, padrasto), irmãos, amigos. São em geral figuras masculinas enquanto as vítimas são majoritariamente do sexo feminino e mesmo quando os vitimizados são meninos os abusadores permanecem sendo os mesmos. Todos esses fatores devem estar claros ao atender essas crianças e suas famílias, com todas as suas cicatrizes passadas e presentes.

Algumas características familiares podem ser sugestivas de violência sexual, como a tendência de se isolar em suas relações sociais, voltando-se para si mesma, o que protege o segredo do abuso sexual, ocorrência de uma inversão de papéis, com uma dependência parental das crianças que são forçadas a cuidar das necessidades de pais autoritários, hostilidade diante de pessoas desconhecidas, o que é frequente em ambiente hospitalar diante da suspeita de violência sexual (QUAGLIA, MARQUES, PEDEBOS, 2011).

É preciso estar atento, no entanto, para evitar julgamentos de qualquer espécie, ressaltando que são características sugestivas, mas que isoladamente podem não significar nada, e mesmo quando apresentadas em conjunto podem envolver outras questões que não a violência sexual contra a criança. Mesmo quando existe a suspeita ou confirmação de violência sexual, deve-se manter o cuidado quanto aos julgamentos morais, que não devem acontecer.

O trabalho do assistente social, no contexto do PPC no HCPA, com a violência sexual, normalmente tem início diante da suspeita levantada por algum profissional de saúde que atendeu a criança, ou pelo relato desta ou de familiares da ocorrência da violência. Esse relato, geralmente é dirigido ao profissional com o qual a criança ou o familiar tem maior vínculo. Dentro da unidade hospitalar pode ser um médico (as especialidades que mais

traziam suspeitas ou relatos eram a pediatria, dermatologia e psiquiatria infantil), uma enfermeira, uma psicóloga, a própria assistente social, dentre outros profissionais.

O PPC possui como portas de entrada: a emergência do hospital, o ambulatório e a internação. Como prática instituída sempre que um profissional suspeita da ocorrência de violência sexual, comunica a equipe do PPC, a avaliação do assistente social pode ser solicitada diretamente pelo profissional que identificou ou suspeita da violência ou por outro membro da equipe do PPC. “No início do atendimento, é importante estabelecer um vínculo de confiança com a criança e com a família, sem julgamentos ou culpabilização, mas demonstrando interesse na história” (QUAGLIA, MARQUES, PEDEBOS, 2011, p.269).

Esse vínculo de confiança é que permite abordar a questão da violência, desde o momento da revelação, passando pela avaliação inicial até o seguimento do acompanhamento. Após a revelação, ou suspeita, desencadeia-se um processo de avaliação no qual a família é entrevistada e em um primeiro momento deve-se avaliar o grau de risco ao qual a criança está submetida e quais medidas protetivas devem ser tomadas de imediato.

Os órgãos de proteção à criança e ao adolescente, tais como os Conselhos de Direito, Conselhos Tutelares, Promotoria e Juizado da Infância e Adolescência, e demais instituições como escolas, postos de saúde, hospitais, abrigos, entre outras, compõem a rede de apoio social para as vítimas e suas famílias. A ação desta rede inicia, na maioria dos casos, com o acolhimento da denúncia de abuso sexual e por esta razão a revelação da criança é um momento crucial que pode, por si só, apresentar um risco de revitimização quando os profissionais não adotam as medidas de proteção previstas em lei (HABIGZANG et al, 2006, p.381).

A adoção de medidas protetivas deve ser feita imediatamente, tanto na identificação do risco ao qual a criança está submetida e se o familiar ou outros familiares são capazes de exercer função protetiva naquele momento quanto nas notificações que devem ser feitas.

Em relação à violência contra as crianças e adolescentes, o ECA contempla em seus artigos 13 e 245, respectivamente: a obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar a respeito dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra a criança e adolescente; o papel dos profissionais e dos serviços da área da saúde e da educação na notificação e encaminhamento das situações de violência aos órgãos competentes, sendo que a não comunicação de tais fatos é considerada infração administrativa sujeita à multa de 3 a 20 salários mínimos.

Também é obrigatória, nos serviços de saúde a notificação da violência ao SINAN, por meio do preenchimento da ficha de notificação compulsória, já abordado anteriormente. Esta não apenas é um dever do profissional de saúde mas um direito dos usuários e suas famílias.

A notificação é um instrumento duplamente importante no combate à violência: ela produz benefícios para os casos singulares e é instrumento de controle epidemiológico da violência. Apesar das determinações legais, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil e a identificação da violência sexual é ainda carregada de muitas incertezas. Além disso, esta questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação, logo, muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la. O despreparo da rede é ainda constatado, envolvendo desde os profissionais da área de saúde, educadores e juristas até as instituições escolares, hospitalares e jurídicas, em manejar e tratar adequadamente os casos surgidos. O trabalho nesse campo ainda é fragmentado, desorganizado e em geral metodologicamente difuso (AMAZARRAY; KOLLER, 1998 apud HABIGZANG et al, 2006, p.381).

Criar espaços de reflexão e tensionamento da equipe multidisciplinar quando estas notificações não estão sendo realizadas, também é uma forma de enfrentamento e garantia de direitos às crianças e adolescentes vítimas de violência e um espaço onde a atuação do assistente social é imprescindível.

Tanto nas avaliações iniciais quanto durante o acompanhamento dos casos, um instrumento importante é a entrevista. Ouvir atentamente, estabelecendo um vínculo com a família e a criança/adolescente é muito relevante. Lembrando que este tipo de violência vem envolto de um segredo familiar, portanto, o familiar entrevistado pode estar naquele momento não cooperativo, negando a violência ocorrida ou mesmo culpando a vítima pela violência. Portanto, as questões devem ser formuladas de uma maneira que o familiar não se sinta culpabilizado, mas procurando demonstrar a violação de direitos ocorrida e a gravidade da situação. Lembrando que a prioridade é a proteção da vítima.

A entrevista também pode auxiliar na identificação da rede social de apoio de que dispõe a família. A rede de apoio social é definida como o conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento existentes e percebidos pela criança. A esse construto foi, recentemente, agregado o elemento afetivo, em função da importância do afeto para a construção e a manutenção do apoio. Dessa forma, a possibilidade de se proteger a criança de doenças, sintomas psicopatológicos e sentimentos de desamparo é maior, mesmo quando ela está frente a situações adversas. O apoio social e afetivo está relacionado com a percepção que a pessoa tem de seu mundo social, como se orienta nele, suas estratégias e competências para estabelecer vínculos (BRITO; KOLLER, 1999 apud HABIGZANG et al, 2006).

O contexto familiar da criança ou adolescente que sofreu violência sexual geralmente é caracterizado como um sistema fechado e resistente a mudanças, por isso mobilizar essa rede de apoio social pode cooperar para que as relações da família com o mundo externo sejam ampliadas. Além disso, consequências das notificações como a aplicação de medidas

protetivas pelo Conselho Tutelar podem causar diversas modificações na família. Medidas protetivas são uma forma de garantir que os direitos violados sejam resgatados, buscando fortalecer a família.

As medidas protetivas são aplicáveis às crianças e adolescentes, e também aos pais e responsáveis. As medidas protetivas na área da saúde compreendem: requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos (BRASIL, Artigos 101 e 129, 1990).

Na área social, as medidas protetivas envolvem: encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; orientação, apoio e acompanhamento temporários; inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; encaminhamento a cursos ou programas de orientação; obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar; obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado; advertência (BRASIL, Artigos 101 e 129, 1990).

No âmbito legal, as medidas protetivas compreendem: abrigo em entidade; colocação em família substituta (Art. 101). E, ainda, conforme o Art. 130, verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum (BRASIL, 1990).

A rede social de apoio será um suporte importante para as famílias nesse momento, de forma que o tratamento da vítima e a desestabilização da revelação da violência não venham a causar o adoecimento dos familiares mais próximos à vítima, encarregados de seus cuidados, visto a sua importância representada nos dados acima citados, que também apontam a importância do acompanhamento efetivo dos casos e a rapidez em sua condução.

Na área da saúde, o ambiente hospitalar favorece uma avaliação detalhada das situações de suspeita ou confirmação de violência sexual, pois a criança encontrando-se internada ou vinculada a atendimento sistemático em nível ambulatorial, tende a sentir-se mais segura ao fornecer indícios para que ocorra a revelação da situação abusiva. Por outro lado os profissionais que intervêm nessa realidade podem compreender e avaliar melhor a situação, bem como traçar um plano de atendimento, visando à interrupção do ciclo da violência e promovendo a proteção e os cuidados para a vítima e sua família.

Um documento largamente utilizado pelo assistente social nesses casos é o estudo social que se concretiza na produção do relatório social, concebido como:

Um documento específico elaborado por assistente social, que se traduz na apresentação descritiva e interpretativa de uma situação ou expressão da questão social, enquanto objeto de intervenção desse profissional no seu cotidiano laborativo (FÁVERO, 2008, p.44-45).

Esse documento deve conter as informações colhidas durante todo o processo de aproximações sucessivas, deve-se ter o cuidado de apresenta-las sem vitimização ou culpabilização dos sujeitos envolvidos, procurando também ser condizente com o compromisso ético-político da profissão de forma a não omitir-se diante das situações apresentadas. O relatório social exige, também, um posicionamento do assistente social, o que nas situações de violência sexual pode ser uma tarefa bem complicada. São comuns casos de suspeita de violência sexual onde não existem indícios físicos da violência, a vítima não relata o ocorrido, mas apresenta sinais, a família traz indícios nas entrevistas. Nesses momentos é muito importante contar com uma equipe interdisciplinar (QUAGLIA, MARQUES, PEDEBOS, 2011).

A intervenção realizada em equipe permite outros olhares e avaliações. Enquanto a assistente social realiza entrevistas com familiares, a psicóloga pode iniciar o atendimento da criança ou adolescente e também terá seu posicionamento sobre o caso e trará mais elementos para o conhecimento da equipe, que permitem uma avaliação melhor e como consequência um plano de atendimento e enfrentamento da violência mais adequado àquela família. O mesmo se dá com a médica que avalia a vítima do ponto de vista clínico, a psiquiatra que pode avaliar os familiares quando necessário, estes profissionais também auxiliam compondo seus documentos.

A finalidade do relatório social e dos documentos produzidos pelos outros profissionais é a de acionar ou comunicar a violência à outros órgãos ou serviços. Seu destino mais comum é o Conselho Tutelar, mesmo que já tenha sido previamente comunicado, esse conjunto de documentos permite uma análise mais completa da situação. Também pode ser destinado ao Ministério Público, que vai verificar as medidas tomadas pelo Conselho Tutelar para a proteção da criança e quando necessário determinar medidas.

O trabalho realizado de forma intrasetorial⁹ e intersetorial, conforme já mencionado anteriormente, busca a garantia do cuidado integral, em situações complexas como no caso da violência sexual. A estruturação da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em rede é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social desse público (BRASIL, 2010).

⁹Compreende-se como intrasetorial os diversos equipamentos e serviços que integram uma mesma política setorial como a saúde.

Nesse contexto, pode-se afirmar que falar sobre proteção integral e medidas protetivas que visam garanti-la implica falar sobre uma rede institucional. Isto é, uma alternativa de organização que possibilite garantir flexibilidade, conectividade e efetividade das ações desenvolvidas por cada instância, respeitando-se sua identidade, competência e metodologia de trabalho. A proposta de rede se contrapõe ao modelo tradicional de coordenação de ações organizada em níveis hierárquicos. No trabalho de rede os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais sem que nenhum deles seja considerado principal ou central, nem representante dos demais. O trabalho em rede somente pode alcançar resultados eficazes se trabalhar em prol de um objetivo único (SANTOS; COSTA; SILVA, 2011).

Assim buscar compor com os profissionais de outras políticas públicas e de representações da sociedade civil é uma prática desejável, sobretudo quando o espaço de atendimento é o hospitalar, que pode ser deslocado do território de moradia das famílias atendidas, onde os usuários vão para seus atendimentos, neste sentido distante de sua realidade concreta de vida.

Na pesquisa realizada com os dados do SINAN de Porto Alegre, de 2009 à 2014¹⁰, demonstra que a maioria dos casos que chegam às unidades de saúde são notificados ao Conselho Tutelar, sendo este o encaminhamento mais frequente. Observa-se que poucos casos não foram encaminhados (339 casos de um total de 4.462), em alguns ignora-se ao preencher a ficha de notificação se esse encaminhamento já foi realizado ou não (58 casos) e em outros casos o campo referente a este encaminhamento foi deixado vazio (128 casos) pelo profissional que notificou.

Além do Conselho Tutelar, outros equipamentos podem e devem ser acionados, como os CRAS, CREAS, a escola, o Ministério Público, mantendo o conceito de integralidade que permite pensar o sujeito na sua totalidade, mesmo que não seja possível responder a todas as suas demandas. É nessa perspectiva que os profissionais do setor saúde devem buscar intervir em situações específicas de vulnerabilidades e de risco para a saúde da população, criando as condições para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

A atenção integral extrapola ainda a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada dos serviços de saúde, que requer o trabalho articulado com políticas sociais no território. O assistente social jamais trabalha sozinho, deve-se ter claro essa dimensão coletiva que pode possibilitar não apenas a proteção de crianças já vitimizadas, mas também

¹⁰ O ano de 2015 não possui dados disponíveis com relação aos encaminhamentos.

trabalhar na promoção em saúde, procurando estratégias para incidir também sobre os determinantes sociais de saúde aqui apontados.

O estágio curricular obrigatório possibilita ao estudante vivenciar o trabalho do Serviço Social que anteriormente foi mencionado, por meio dele é possível não apenas observar e acompanhar, como vivenciar todos os processos, adensando conhecimento teórico, desenvolvendo vínculo, desvendando a instituição, o Serviço Social na mesma, bem como a população usuária e as expressões da questão social ali enfrentadas. Além disso, um rico processo de possibilidades interventivas se concretiza, considerando todos os elementos anteriormente mencionados. Sendo assim, no subitem do capítulo a seguir serão abordados alguns aspectos vivenciados pela autora.

4.2 A VIVÊNCIA DE ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO NO PROGRAMA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi criado pela Lei n.5.604 no dia 02 de setembro de 1970, como Empresa pública de direito privado. Uma empresa pública é uma entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica. Portanto, esse é um ponto fundamental da Empresa Pública: ela é criada para explorar uma atividade econômica. Essa forma de organização jurídica do hospital, e o fato da Instituição ser reconhecida como de excelência, em 2009 serviu de modelo para a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), juntamente com o Grupo Hospitalar Conceição (OLIVEIRA, 2014). Seguindo as proposições neoliberais, a partir da década de 90 o governo adotou uma nova forma de gerir a organização do trabalho, conhecida como Nova Gestão Pública (NGP).

Uma das dimensões dessa nova política é a flexibilização da estrutura organizacional do Estado, propondo a criação de novos formatos organizacionais, como as organizações sociais, agências regulatórias e executivas, dentre outras. Sob o discurso que o atual modelo de gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF), não tem conseguido exercer a contento suas funções, por isso o Governo Federal propôs a transferência administrativa dessas instituições para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Que atualmente já está em pleno funcionamento nos HUF, inclusive abrindo vagas para

profissionais que antes seriam estatutários e agora são contratados em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), para serem funcionários da EBSEH e não do hospital onde irão exercer suas funções.

O Serviço Social no Hospital de Clínicas teve início no ano seguinte à sua fundação. A primeira assistente social chegou no segundo semestre de 1971, logo depois ingressaram mais duas para ajudar a compor o trabalho. O grupo aumentou e mudou ao longo do tempo, passando também pelas transformações pelas quais passava toda a categoria, o grupomanteve-se com 12 a 13 funcionárias por muito tempo¹¹. O quadro de funcionários do Serviço Social aumentou consideravelmente em 2010, quando a categoria conseguiu a regulamentação das 30 hs de trabalho semanais. Foi preciso, então contratar mais profissionais para suprir essa demanda. Depois disso com o início do Programa de Residência Multiprofissional, foram necessárias mais contratações.

O trabalho do assistente social no HCPA está pautado na Lei 8080/90 que estabelece o SUS, bem como no Código de Ética de 1993, na lei 8662/93 que regulamenta a profissão e nos Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na Política de Saúde, elaborados pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2010 (site HCPA, disponível em <https://www.hcpa.ufrgs.br/content/>, acesso em 06/11/2016).

O objetivo principal do Serviço Social no HCPA, conforme o texto do site da instituição é o seguinte: “Identificar os determinantes sociais no processo de saúde e doença a fim de articular ações nos diferentes níveis de atenção à saúde que possam efetivar os princípios do SUS e, em especial, o da integralidade.” Demonstrando estar em consonância com o conceito ampliado de saúde, já discutido anteriormente neste trabalho e este em sintonia com a presente produção, já que este trabalho buscou, também, identificar os determinantes sociais envolvidos na violência sexual contra a criança e o adolescente. Os assistentes sociais atuantes neste espaço sócio ocupacional dividem-se para atender às diversas áreas do hospital. Existem também programas criados para atender situações mais específicas e que demandam uma equipe interdisciplinar também específica para atendê-las. Dentre estes programas está o Programa de Proteção à Criança.

O programa foi criado no ano de 1986, diante da percepção de que o número de situações identificadas de violência infantil, na Unidade de Internação Pediátrica eram mínimas. O Serviço Social estudando o fenômeno, concluiu que as situações não eram identificadas por falta de atenção ao fenômeno, por falta de apoio da Instituição e por

¹¹Conforme produção interna realizada pelas assistentes sociais do hospital, não há referências de autoria

dificuldade dos profissionais da rede hospitalar se envolveram na intervenção de natureza sócio-legal (QUAGLIA; MARQUES, 2004.) Com base nestas conclusões, formou-se um grupo de profissionais (assistente social, psicóloga e psiquiatra) para quem seriam encaminhadas as situações de suspeita ou confirmação de violência, para um devido atendimento e acompanhamento. Esse grupo foi gradativamente se ampliando transformando-se em um Programa Institucional sob a coordenação do Serviço Social (MARQUES et al, 2011)

O referido Programa atende crianças que estejam nas Unidade de Internação Pediátricas no HCPA, ou que estejam em acompanhamento no ambulatório do hospital, nas mais diversas especialidades, como: Pediatria, Dermatologia, Neuropediatria, Cirurgia Pediátrica, dentre outras. Sempre que algum profissional identificar, ou suspeitar de sinais de algum tipo de violência sofrido pela criança, ela será referenciada para o Programa de Proteção à Criança, que dispõe de uma equipe interdisciplinar para atender esses casos.

A equipe é coordenada pelo serviço social, e conta com os seguintes participantes: uma psiquiatra, uma pediatra, quatro enfermeiras, uma psicóloga, uma Procuradora do Ministério Público, que realiza uma atividade intersetorial, além de residentes e estagiários destas áreas. O objetivo principal do programa, é a identificação e atendimento de vítimas de violência intrafamiliar: psicológica, física, negligência, sexual para viabilizar a garantia de direitos às crianças. A faixa etária das crianças atendidas pelo PPC é de zero a 15 anos (MARQUES; ALGERI et al, 2011)

Desde 2010, o PPC tem seguindo as orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde com a Implantação das linhas de cuidados às crianças e adolescentes vítimas de violência. Realizando o acolhimento, o atendimento interdisciplinar das crianças e de suas famílias, os encaminhamentos legais necessários e a notificação de violência para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

Quando o caso é trazido à equipe do programa é realizado um acolhimento, dá-se sequência aos atendimentos necessários e os encaminhamentos legais são realizados (comunicar Conselho Tutelar, Ministério Público, Juizado da Infância e Juventude), sempre conforme avaliação da equipe. Além disso deve-se realizar uma notificação de violência doméstica no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Destaca-se a importância de conhecer esse aparato legal, bem como de fazer articulações com a rede intersetorial: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Escola, Unidade Básica de Saúde, muitas vezes são realizadas reuniões com toda essa rede para discussão do caso.

Diversas técnicas e instrumentos são utilizadas para o atendimento dessas crianças e suas famílias. Define-se por instrumental o conjunto articuladode instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional. Assim,o instrumento é estratégia ou tática por meio daqual se realiza a ação; a técnica é a habilidade nouse do instrumento (SOUSA, 2008).

O uso do instrumental pressupõe interaçõesde comunicação, isto é, do uso de linguagens por parte do assistente social. Se a linguagem é ummeio através do qual um determinado grupo socialcria uma identidade social, não será diferente para uma profissão que tem a linguagem como o principalrecurso de trabalho (SOUSA, 2008).

No PPC o instrumento mais utilizado pelo Serviço Social é a entrevista. Em geral as entrevistas são realizadas com os familiares das crianças e adolescentes vítimas de violência para identificar dificuldades diante das expressões da questão social, às quais estejam sujeitas essas famílias, mas com o foco de promover ações protetivas para a criança. Compreende-se que entrevistaré mais do que apenas “conversar”: requer um rigorosoconhecimento teórico-metodológico (SILVA,1995), a fim de possibilitar um planejamento sérioda entrevista, bem como a busca por alcançar osobjetivos estabelecidos para sua realização.

As entrevistas permitem aproximações sucessivas com a realidade dos usuários e a identificação das expressões da questão social que perpassam seu cotidiano, além da violência da qual a criança foi vítima, motivo que traz a família para o PPC no intuito de viabilizar a proteção dessa criança e procurar evitar que uma nova violação de direitos aconteça. São um tipo de instrumento utilizado para atuar no entendimento de cada situação e a busca por identificar estratégias de proteção e tratamento das crianças.

Como o PPC conta com uma equipe que trabalha de forma interdisciplinar as entrevistas e outras intervenções necessárias são, muitas vezes, feitas em conjunto com outros profissionais da equipe. Esse tipo de atendimento tem a finalidade de garantir uma visão mais integral de cada caso. Durante a vivência de estagio foram realizadas entrevistas em conjunto com a psiquiatra e ou a psicóloga da equipe do PPC, em situações onde eram necessários olhares diferentes em uma mesma intervenção.

A articulação com a rede intersetorial, é imprescindível no atendimento aos casos de violência contra a criança. Deve-se ter em vista que o trabalho do assistente social não é solitário, para garantir a proteção integral prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é preciso que se constitua uma articulação com as outras políticas públicas, como a educação, a assistência, com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estão mais próximas do usuário, em seu território.

A intersectorialidade, como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. Pode ser concebida também como um processo de aprendizagem e de determinação de sujeitos que, através de uma gestão integrada, respondam com eficácia aos problemas da população em um território determinado. A intersectorialidade atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela ideia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde (NOGUEIRA, MIOTO, 2006, p.5).

Assim, além da concepção de cuidado integral trazida pelo ECA, a intersectorialidade também demonstra um entendimento do conceito ampliado de saúde, dos determinantes sociais e de perceber o usuário da forma mais integral possível. Sem atendê-lo em partes, mas buscando compreendê-lo enquanto ser social. E ainda buscando estabelecer diálogo entre as políticas públicas para atender não um corpo doente, mas para abarcar uma série de expressões da questão social que adoecem e que são muito complexas, como é o caso da violência e sendo um fenômeno complexo exige atenção de todas políticas públicas juntas.

O processo de estágio no PPC possibilitou acionar essa intersectorialidade, mas deve-se reconhecer que essa não é uma tarefa fácil. Foram inúmeros contatos telefônicos com Conselhos Tutelares, escolas, CRAS, CREAS, UBS para buscar um olhar intersectorial para cada criança vítima de violência, para além do hospital, em seu território de residência. Foram muitos documentos enviados e recebidos. Muitas pontes construídas com a educação, com a assistência, com as unidades básicas e os conselhos tutelares. Experiências muito positivas de reuniões intersectoriais de onde vinham parcerias que contribuíram muito para a proteção de várias crianças.

Outra atividade realizada foi a participação nas reuniões semanais da equipe interdisciplinar do PPC. Sempre muito ricas por possibilitarem a discussão das situações de violência com diferentes olhares, de diferentes áreas para em conjunto se chegar ao encaminhamento para cada situação atendida. Os casos novos referenciados à equipe também são apresentados e discutidos na reunião. Além da equipe fixa do PPC, diversos profissionais de Unidades que atendem crianças procuram a reunião para buscar auxílio nos casos que estão acompanhando. Entende-se por reunião:

As reuniões são espaços coletivos. São encontros grupais, que têm como objetivo estabelecer alguma espécie de reflexão sobre determinado tema. Mas, sobretudo, uma reunião tem como objetivo a tomada de uma decisão sobre algum assunto. As reuniões podem ocorrer com diferentes sujeitos – podem ser realizadas junto à população usuária, junto à equipe de profissionais que trabalham na instituição. Enfim ela se realiza em todo espaço em que se pretende que uma determinada decisão não seja tomada individualmente, mas coletivamente. Essa postura já indica que, ao coletivizar a decisão, o coordenador de uma reunião se coloca em uma posição democrática. (SOUSA, 2008, p.127).

As reuniões são, portanto, um espaço, imprescindível para que se mantenha o trabalho em equipe interdisciplinar que vem sendo executado no PPC, visando a atenção integral às crianças e adolescentes vítimas de violência.

A reunião também é um espaço de educação permanente dos profissionais, onde diversos profissionais apresentam temas de interesse da equipe e que tenham relação com o PPC.

Esse semestre a educadora física apresentou o Protocolo do hospital para a realização de contenção física de crianças e adolescentes em situação de agitação psicomotora. Também nesse espaço foi apresentado o projeto de intervenção desenvolvido e proposto por esta estagiária (Relatório de Estágio III, 2016, p.37).

É esse espaço que permite discussões, tanto sobre os casos atendidos como sobre temas de interesse e que qualificam o atendimento, a proposta de trabalho interdisciplinar do PPC, também tem nesta ação a concretização desta proposta. Sem a discussão dos casos em equipe, as decisões seriam tomadas de forma isolada, descaracterizando a proposta de trabalho. Evidentemente não basta discutir os casos em equipe, essa interdisciplinaridade deve acontecer nas ações do trabalho cotidiano.

Destaca-se o projeto de intervenção da estagiária que fora apresentado em reunião de equipe, o mesmo teve como objeto a expressão da questão social mais latente no campo de estágio: a violência contra a criança e o adolescente. Para a realização deste projeto de intervenção considerou-se a existência de violências distintas e ao mesmo tempo entrelaçadas: a violência estrutural, própria do sistema capitalista, que produz a desigualdade social e com ela vem o desemprego, a precarização do trabalho, a falta de alimentos, a falta de condições de habitação, o trabalho infantil e também a violência intrafamiliar, que envolve o contexto familiar, amigos, vizinhos que frequentam a residência da criança e principalmente seus responsáveis, sejam eles, mães, pais, madrastas, tias, avós, padrastos, etc (MINAYO, 2001).

Identificou-se que as fichas de agravo de notificação de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, que vão para o SINAN não estavam sendo preenchidas em todos os casos que se identificava a violência. Este fato já havia sido apontado pela acadêmica de Serviço Social que atuou neste campo em 2014, que desenvolveu um Projeto de Intervenção visando orientar e esclarecer aos profissionais e organizar as notificações para o SINAN. Ainda assim as notificações só foram retomadas no final de Junho de 2015.

Acreditou-se na possibilidade de intervir sobre a violência contra a criança e o adolescente, partindo do observado e vivido no campo de estágio, o PPC, utilizando-se de um instrumento que é a ficha de notificação de violência do SINAN, com a pretensão de atingir

uma meta bem mais profunda que simplesmente preenchê-la. Buscando criar espaços de reflexão para os profissionais da saúde sobre a violência, já que falar sobre o preenchimento da ficha de notificação implicava falar sobre a violência. Pode-se perceber a potencialidade das informações contidas nessas fichas de dar visibilidade à violência e de promover um trabalho em equipe interdisciplinar. Visando a proteção integral das crianças e adolescentes, conforme previsto no ECA.

Este é um procedimento muito importante, por gerar dados epidemiológicos e conseqüentemente Políticas Públicas. Assim, foi elaborado um fluxo para o preenchimento das fichas de notificação em conjunto com a equipe interdisciplinar do PPC, que fosse viável, aceito e compreendido pelos profissionais envolvidos. Depois de construído o fluxo ele foi posto em prática para que o processo de notificação pudesse acontecer. Além disso, foi elaborado um material de fácil manuseio para servir como guia para o preenchimento da ficha de notificação. Foi produzido para se utilizar no computador, com uma linguagem simples e clara explicando o passo a passo do preenchimento da ficha.

Obteve-se um total de 80% dos casos de violência remetidos ao PPC sendo notificados e mais de duas especialidades profissionais, além do assistente social realizando as notificações. Além disso, o manual que foi elaborado como guia para o preenchimento da ficha de notificação já tinha sido utilizado por 18 profissionais do hospital, sendo que 100% destes consideraram que o instrumento auxiliou no preenchimento da ficha. Também, foram realizadas quatro reuniões com a equipe do PPC a primeira para apresentação do Projeto de Intervenção e as seguintes para construção coletiva do fluxo das notificações no Programa e duas reuniões com o setor de Serviço Social do hospital, estando presentes 25 assistentes sociais na primeira reunião e 20 na segunda, onde foi apresentado e disponibilizado para uso o manual elaborado para auxiliar no preenchimento da ficha de notificação.

Essas reuniões, que foram registradas como atividade de educação permanente, acabaram gerando debates que ultrapassam o instrumento ficha de notificação, debates sobre orientação sexual e de gênero com adolescentes, a importância do campo raça/cor ser autodeclarado e a necessidade de pensar estratégias de como tornar isso possível. Entende-se a atividade como educação permanente baseado na Política de Educação Permanente do conjunto CFESS-CRESS de 2012. Considerando que:

Neste sentido, vale indicar que esta proposta de Política de Educação Permanente se contrapõe à lógica instrumental abstrata, do chamado Capital Humano, tão difundido pelo modelo de acumulação flexível e reforçado no ideário neoliberal, que reduz a noção de formação continuada a um conjunto de treinamentos esparsos, para atender às demandas mais imediatas do mercado. Sob o argumento de valorização do conhecimento, exige-se do/a trabalhador/a processos contínuos de reciclagens e

aprendizados que, nesta tese, os/as torna “aptos/as” a assimilar rapidamente novas formas de controle e gestão dos processos de trabalho, cada vez mais atomizados e fluidos, característicos da chamada produção flexível. Esconde-se, sob a roupagem da suposta valorização do conhecimento, a possibilidade de ampliar o gerenciamento, o controle e os lucros dos processos de produção e reprodução ampliada do capital sobre o trabalho (CFESS-CRESS, 2012, p.22).

Essa atividade permitiu, também, que os assistentes sociais presentes suscitassem questões de seu cotidiano de trabalho, como a dificuldade de realizar as notificações por receio de sofrer represálias da família da vítima ou de seu agressor. O Projeto de Intervenção, em seu planejamento e execução possibilitou certas mudanças no cotidiano de trabalho, como a procura dos assistentes sociais por maiores informações sobre as notificações de violência, o estabelecimento de um fluxo de preenchimento das notificações de violência para o PPC, que a equipe seguiu sustentando, descentralizando essa ação, antes centralizada no assistente social.

É importante ressaltar que os dados utilizados neste trabalho sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes vem justamente do preenchimento das fichas de notificação de violência. Portanto, existe uma estreita ligação entre o Projeto de Intervenção onde se trabalhou possibilidades de notificar mais e corretamente as situações e agora a utilização dos dados provenientes do banco para onde vão essas notificações. Também referendando a importância da ação de notificar.

Além do planejamento e execução do Projeto de Intervenção é importante destacar que o tempo de estágio no PPC possibilitou o contato direto com as vítimas de violência e suas famílias. Conforme mencionado anteriormente no PPC foram acompanhados e atendidos casos de violência sexual, mote deste trabalho, mas também de violência física, psicológica e de negligência. Como violência física entende-se aquela:

[...]caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte. Pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010, p.30).

Esse tipo de violência é em geral mais fácil de identificar através de evidências clínicas, por deixar marcas evidentes, ou mesmo não evidentes em um primeiro exame, mas sequelas que podem ser comprovadas através de exames e que não tem nenhuma explicação clínica¹². O mais comum é encontrar relatos desconexos da família neste momento, para tentar

¹²Existem doenças como a osteogênese imperfeita que provocam fraturas espontâneas na criança, sendo passível de diagnóstico.

explicar a origem dos ferimentos da criança ou adolescente. Cada caso pode ser atravessado por inúmeras expressões da questão social às quais deve-se estar atento. Vários casos de violência física foram atendidos e acompanhados durante o período de Estágio Curricular Obrigatório, um exemplo se encontra no excerto abaixo, parte de um diário de campo:

Sobre a criança, a residente de Serviço Social esclarece que é uma bebê que internou com fraturas múltiplas pelo corpo em diferentes graus de consolidação, o que indica que não aconteceram ao mesmo tempo. Esse quadro poderia indicar alguma doença óssea, mas a equipe médica não conseguiu diagnosticar nenhuma. Então surge a suspeita de agressão física. Os pais são jovens, o pai é usuário de drogas. São bastante presentes, acompanhando a menina o tempo todo (Diário de Campo, 30 de Abril de 2015).

O relato do caso acima demonstra as características citadas da violência física, mas também ressalta a importância de atender a família, nesse caso pais jovens e presentes durante a internação da criança.

Por violência psicológica compreende-se:

Toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem (BRASIL, 2004)

Este tipo de violência pode ocorrer sozinho ou estar associado aos demais tipos de violência citados anteriormente. Toda violência física, negligência ou violência sexual envolve também violência psicológica, inclusive causando prejuízos psíquicos e adoecimento à vítima.

Compreende-se negligência por:

Caracteriza-se pelas omissões dos adultos (pais ou outros responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive institucionais), ao deixarem de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes. Inclui a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à educação; o descuido com a higiene; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas (frio, calor), de condições para a frequência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual (BRASIL, 2010, p.44).

Essas omissões podem ser intencionais ou não, mas a negligência não deixa de existir. Pode não ter nenhuma relação com a situação econômica da família, ou pode manifestar-se por total incapacidade daquela família de prover as necessidades básicas das crianças, bem como as suas próprias. Nos dois casos há negligência, mas é preciso levar em consideração as particularidades de cada caso.

A violência sexual já conceituada anteriormente neste trabalho, também foi um tipo de violência que acometeu crianças e adolescentes acompanhadas pelo PPC durante a experiência de estágio. Conforme diários de campo foram atendidos e acompanhados por esta

acadêmica, cerca de 15 famílias cujas crianças ou adolescentes sofreram esse tipo de violência. Destes 7 eram do sexo masculino e 8 eram do sexo feminino. Em 4 casos foi possível acompanhar todo o processo desde o primeiro atendimento e a revelação da violência sexual para a família, passando por todas as intervenções da competência do assistente social, que foram necessárias em cada caso.

Essa experiência possibilitou um acúmulo maior de conhecimento acerca desse tipo de violência, ao mesmo tempo em que suscitou questões, como quais seriam os determinantes sociais de saúde envolvidos na violência sexual contra a criança e o adolescente, problema de pesquisa norteador desta produção. O trabalho com as vítimas de violência sexual e suas famílias trouxe inquietações, algumas problematizadas ao longo deste trabalho, outras geradas pela sua produção. Mas ser inquieta é estar em movimento, e o movimento é necessário, não há mudança sem movimento.

Assim, reitera-se a importância do trabalho do Assistente Social frente a dura realidade apresentada no capítulo anterior, sinalizando com a possibilidade de atuar sobre os determinantes sociais da violência sexual infanto-juvenil em uma perspectiva de promoção e prevenção, além do trabalho já realizado com as vítimas e suas famílias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente produção teve como objetivo geral: analisar o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, compreendendo-o à luz do conceito ampliado de saúde, com vistas à contribuir para o reconhecimento da dimensão deste fenômeno e da necessidade do trabalho interdisciplinar e intersetorial. Dentre os objetivos específicos, estavam a identificação dos determinantes sociais de saúde envolvidos na prevalência de violência sexual, bem como desvelar algumas características das vítimas e de seus agressores e também analisar o trabalho do assistente social frente a esta expressão da questão social no contexto de um hospital universitário. Para alcançar esses objetivos foram fundamentais os dados provenientes das notificações de violência para o SINAN, bem como a revisão bibliográfica que possibilitou qualificar os dados e ampliar o campo da análise.

Como resultado pode-se produzir um breve resgate histórico sobre o fenômeno da violência contra a criança e o adolescente, que permeia a sociedade desde seus primórdios. Quando o conceito de infância não era ainda concebido como na atualidade, e a expectativa de vida situava-se em algo em torno de 30 anos (Antiguidade Clássica, Idade Média). Verificou-se que as desigualdades produzidas pelo patriarcado foram reforçadas pelo capitalismo, aprofundando a desigualdade nas relações, concedendo à mulher e as crianças um lugar de submissão onde estão para cumprir o que o homem “senhor da casa” determina. Referendando desta forma a perpetração da violência sexual.

Ao compreender que a violência sexual contra a criança e o adolescente é um problema de saúde pública, tornou-se necessário um resgate histórico da Política de Saúde, trazendo a compreensão do conceito ampliado e dos determinantes sociais de saúde. Entende-se que esse tipo de violência deixa marcas profundas, tanto nas vítimas quanto em seus familiares produzindo adoecimento tanto físico como psíquico.

Quanto às características das vítimas, verificou-se que são em sua maioria meninas, que sofrem a violência mais de uma vez até esta ser notificada em alguma Unidade de Saúde, são crianças e adolescentes que calam porque sentem medo, porque não compreendem o que está acontecendo, porque são desacreditadas. Sofrem os efeitos de uma dupla desigualdade: de gênero e de idade. Em uma sociedade patriarcal e adultocêntrica as crianças e adolescentes do sexo feminino são as mais expostas à violação de seus corpos, de sua infância, de seus direitos essenciais.

Outros fatores foram demonstrados ao longo desta pesquisa como a raça/cor das vítimas. Os resultados, conforme já discutido, apresentam uma prevalência de vítimas brancas, que é em percentual condizente com a população do Rio Grande do Sul. O fato de haver mais vítimas de exploração sexual negras (pretas e pardas) é um dado relevante. Conforme já mencionado neste trabalho, negros, índios, mulheres e crianças foram historicamente categorias dominadas, em uma sociedade como a brasileira fundada sob a égide do escravagismo, em um primeiro momento de populações indígenas e subsequentemente de populações africanas trazidas em navios negreiros para serem comercializadas.

O corpo negro era mercadoria, comprado, vendido, utilizado para o trabalho até sucumbir de exaustão. E depois descartado. A abolição da escravidão em 1888, não os tornou parte da sociedade, apenas criou uma massa enorme de pessoas sem condições de prover seu sustento, sem habitação, sem alimentação que sobreviveu nas periferias das cidades, como pode, com o que lhe foi ofertado. Hoje ainda presenciamos o resultado desse processo cruel, os homens negros tem rendimentos que correspondem a cerca de 53 % dos rendimentos de um homem branco. A situação das mulheres negras é ainda pior correspondendo os seus rendimentos a cerca de 30,5% da renda dos homens brancos. As mulheres brancas recebem menos que os homens brancos mas, ainda ficam na frente dos homens e mulheres negros (IPEA, 2011).

Portanto, torna-se imprescindível reconhecer essa desigualdade, que não é apenas econômica, mas também cultural. Passa do momento de reconhecer a sociedade brasileira como uma sociedade racista, que viola direitos da população negra desde seus primórdios. A exploração sexual infanto-juvenil é mais uma forma de violação de direitos, novamente o corpo negro é mercadoria. Mesmo sendo maioria os casos de abuso sexual e não de exploração sexual notificados, mesmo que a maioria dos casos de abuso sexual envolva crianças e adolescentes autodeclaradas brancas, não se pode ignorar as expressões da questão social que afetam a população negra, entre elas a vulnerabilidade econômica.

Quanto aos agressores foi possível verificar que são em sua maioria homens, geralmente próximos à vítima. A figura paterna, considerando pai e padrasto somados assume a primeira posição dos agressores de vítimas do sexo feminino e a segunda do sexo masculino.

Outro aspecto importante levantado pela pesquisa diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas tanto pelo agressor como por familiares das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Os dados provenientes da ficha de notificação compulsória

permitem analisar apenas o consumo de álcool pelo agressor, conforme já problematizado anteriormente. No entanto, considera-se importante observar o uso de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas por qualquer membro da família, considerando que esse uso pode cooperar para a desproteção das crianças e adolescentes dessas famílias.

Diante disso considera-se a sociedade capitalista patriarcal como determinante social da violência sexual infanto-juvenil. As desigualdades produzidas e reproduzidas no interior dos lares, respalda a objetualização das crianças, submetidas à uma violência das mais cruéis, porque retira o seu direito à liberdade, à uma infância onde possam se desenvolver, se descobrir, escolher com quem querem se relacionar quando estiverem preparadas para isso. Uma sociedade machista reforça a violência de gênero, a submissão de meninas aos homens, aos adultos, àqueles que deveriam ser os responsáveis pelo seu cuidado, àqueles que são ao mesmo tempo a vovó e o lobo. E o mais cruel é que as crianças acreditam nos adultos.

Analisando todos esses aspectos, nota-se que os determinantes sociais de saúde aqui elencados estão intimamente relacionados às desigualdades sociais produzidas pelo capitalismo, desigualdades de gênero, de classe, de etnia, a violência estrutural que adentra as casas mais humildes através de suas imensas frestas, incidindo sobre sua saúde da forma mais cruel, afetando crianças e adolescentes, suas famílias adoecendo a todos. Diversos profissionais atuam no enfrentamento desses determinantes sociais de saúde e da própria violência sexual infanto-juvenil, dentre esses profissionais está o assistente social.

Problematizou-se a atuação desse profissional frente à violência sexual contra crianças e adolescentes no contexto de um hospital universitário, tanto no atendimento e acompanhamento das vítimas como de suas famílias. Nesta perspectiva, destaca-se a vivência de estágio e a possibilidade de reconhecer a instituição e as expressões da questão social que ali se manifestam, por meio da análise sócio institucional, bem como ter aproximação e aprofundamento teórico sobre o tema. Acredita-se que o campo de estágio se beneficia, com a oxigenação trazida pelos estagiários, com as suas produções teóricas e suas pesquisas que apresentam novos dados que podem contribuir com a qualificação de ações em suas dimensões teórico-metodológicas e técnica-operativa para fortalecer a direção ético política da profissão.

A presente produção possibilita a reflexão sobre a violência sexual infanto-juvenil enquanto problema de saúde, elencando determinantes sociais envolvidos nesse contexto. Não existe a pretensão de esgotar essa discussão, mas de promover mais discussões, de cooperar para que os profissionais de Serviço Social possam pensar não apenas no atendimento quando a violência já ocorreu, que é também imprescindível, mas nas situações que podem ser

evitadas. Criar espaços de discussão sobre sexualidade, sobre os impactos do machismo na vida das crianças e dos jovens, tanto com os usuários como com os profissionais que os atendem.

A experiência proporcionada pelo estágio curricular obrigatório, no trabalho com as vítimas de violência sexual e suas famílias permitiu um acúmulo teórico sobre o tema, mas também suscitou inquietações, desconfortos e estas são por vezes dolorosas, mas necessárias. Essa desconforto em relação à violência sexual fomentou a produção deste trabalho. Que, por sua vez, trouxe novas inquietações, sobretudo com relação às formas de enfrentamento. Pensar em criar espaços para discussão, seria uma forma de incidir sobre os determinantes sociais, antes que a violência ocorra. Apoiar e fomentar a luta por melhores condições de vida para a classe trabalhadora, para que essas famílias tenham maiores possibilidades de proteger suas crianças.

Conclui-se então afirmando que é chegado um tempo em que os assistentes sociais precisam ser criativos, reativos. Não é tempo de acomodações, a luta pela garantia de direitos e ampliação daqueles já conquistados é necessária, não há como garantir a proteção das crianças e adolescentes se seus familiares e responsáveis estão desassistidos.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Sérgio. **Violência e Educação**. São Paulo: Mimeo, 1988.
- AGUIAR, Tânia Cristófolli de. **VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: possibilidades e limites na proteção de crianças e adolescentes**. 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6666/2/DIS_TANIA_CRISTOFOLLI_DE_AGUIAR_COMPLETO.pdf Acesso em: 22 nov. 2016.
- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabíola. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS**. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.) **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.
- APOSTÓLICO, Maíra Rosa et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 20, p.1-8, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08 Acesso em: 23 nov. 2016.
- ASSIS, Simone Gonçalves de. **Crianças e adolescentes violentados: presente e perspectivas para o futuro**. Cadernos de Saúde Pública 1994; 10 Suppl 1: 126-34.
- ARIÈS, Philippe. **História social da infância e da família**. Tradução de D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.
- AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. Violência sexual intrafamiliar: É possível proteger a criança? **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p.1-19, 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewArticle/1022> Acesso em: 01 set. 2016.
- BETTELHEIM, Bruno. **A Psicanálise dos Contos de Fadas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. 20 ed., Rio de Janeiro, 2001.
- BRASIL, **Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acesso em: 12 set. 2016
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as normas e diretrizes do Programa Saúde da Família. Brasília, DF, dez. 1997.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Da ordem social, título VIII. Brasília: Centro Gráfico, Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, out. 1996.

_____. **Sistema Único de Saúde**. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.167).

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. **Dispõe sobre a 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**. Diário Oficial da União, Brasília, n.206, Seção 1, p.86, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. **Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001b. n.96, Seção 1E.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes, e suas Famílias em Situação de Violência**. Brasília, 2010.

_____. **Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06> Acesso em: 01 set. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinias (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CFESS. **Parâmetros de Atuação dos assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

CFESS-CRESS. **Política de Educação Permanente**. Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do Serviço Social**. Brasília, 2012.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Atenção a criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço**. Cadernos de Saúde Pública, 1994; 10 Suppl 1: 177-87.

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.) **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

FÁVERO, Eunice Teresinha. O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate judiciário, penitenciário e na previdência social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FLEURY, Sônia. Seguridade social: a agenda pendente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p.5-13, jan. 1997. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1216/1236> Acesso em: 22 nov. 2016.

GASPAROTTO, Geovana Prante; VIEIRA, Monique Soares; GROSSI, Patricia Krieger. A violência sexual contra crianças e adolescentes e o método em Marx. In: BELLO, Enzo (Org.). **Direito e Marxismo: transformações na América Latina contemporânea**. Caxias do Sul: EducS, 2014. p. 76-91. Disponível em: https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/Direito_e_marxismo_Vol3.pdf#page=77 Acesso em: 20 set. 2016.

GOMES, Tatiana Pereira. **Diário de Campo Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Serviço Social**. Porto Alegre, abr.2015.

GOMES, Tatiana Pereira. **Diário de Campo Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Serviço Social**. Porto Alegre, mai.2015.

GOMES, Tatiana Pereira. **Relatório de Estágio Curricular Obrigatório III**. Porto Alegre, jul.2016.

GUERRA Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência física doméstica contra crianças e adolescentes e a imprensa: do silêncio à comunicação**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1996.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998, 262p.

HABIGZANG, Luísa Fernanda; et al. Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p.379-386, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ /prc/v19n3/a06v19n3.pdf> Acesso em: 01 abr. 2016

HABIGZANG, Luísa Fernanda; RAMOS, Michele da Silva; KOLLER, Sílvia Helena. A Revelação de Abuso Sexual: As Medidas Adotadas pela Rede de Apoio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 4, p.467-473, 2011. Disponível em: <https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/viewArticle/895> Acesso em: 01 abr. 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Disponível em:
<https://www.hcpa.edu.br/content/view/13/2616/>

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Questão Social, família e juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídica. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina. **Política Social, Família e Juventude: Uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo, Cortez, 2015.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. **Medicina social aspectos históricos e teóricos**. Global Editora, 1983.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.12-24, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.org/pdf/icse/v15n38/aop4111.pdf> Acesso em: 01 abr. 2016.

MACHADO, Heloisa Beatriz et al. Abuso Sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 14, p.54-63, nov. 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=469857&indexSearch=ID> Acesso em: 23 nov. 2016.

MARQUES, Myriam Fonte; ALGERI, Simone; et al. O Programa de Proteção à Criança: uma proposta interdisciplinar na assistência a crianças em situação de violência. . In: AZAMBUJA, Maria Regina Fay de et al. **Violência Sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 365-379.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p.246-255, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22381.pdf> Acesso em: 01 nov. 2016.

MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. Tradução: José Bruni e Marco Nogueira. São Paulo: Editora Hucitec, 1987. p. 39-43.

MEES, Lúcia Alves. **Abuso sexual, trauma infantil e fantasias femininas**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde** . 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**: 8. ed. São Paulo: Huditec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência?: Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p.7-32, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes.: **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p.91-112, jun. 2001.

NEGRÃO, Telia; PRÁ, Jussara Reis (Ed.). **Dossiê – Violência de Gênero Contra Meninas**. Porto Alegre: Aba, 2005. 86 p. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/317_1915_dossieviolgenmeninas.pdf Acesso em: 23 nov. 2016.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS. 2009. p.01-37.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde–SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 1, p. 218-241, 2006.

NORONHA, José Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-Suds-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A Compatibilidade dos Princípios e Modelo de Estado que Subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2014. 153 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2014.

PELISOLI, Cátula da Luz. **Entre o público e o privado: abuso sexual, família e rede de atendimento**. 2008. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12071/000622072.pdf?sequence=1> Acesso em: 12 nov. 2016.

PEDERSEN, Jaina Raqueli. **ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR: DO SILÊNCIO AO SEU ENFRENTAMENTO**. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5140?locale=en>. Acesso em: 21 nov. 2016.

PEDERSEN, Jaina Raqueli; GROSSI, Patrícia Krieger. **O abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural**. In: AZAMBUJA, Maria Regina Fay de et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 25-34.

PIRES, Ana L.d.; MIYAZAKI, Maria C.o.s.. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, p.42-49, 2005. Disponí-

vel em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2733.pdf> Acesso em: 01 abr. 2016

PLATT, Vanessa Borges. **Perfil clínico e epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual notificados em um serviço de referência de Florianópolis, Santa Catarina**. 2015. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Epidemiologia, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/160547/337725.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 14 nov. 2016.

PONTES, Reinaldo. **Mediação e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PRATES, Jane Cruz. O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social. **Revista Temporalis**, ABEPSS, Recife, ano V, n. 9, p. 131-144, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=919

QUAGLIA, Márcia de Castro; MARQUES, Myriam Fonte; PEDEBOS, Geneviève Lopes. O assistente social e o atendimento a famílias em situação de violência sexual infantil. In: AZAMBUJA, Maria Regina Fay de et al. **Violência Sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 261-285.

QUAGLIA, Márcia de Castro; MARQUES, Myriam Fonte. A assistência Hospitalar na Intervenção das Situações de Violência Infantil: relato da experiência do programa de proteção à criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In: **Infância em família: um compromisso de todos**. Porto Alegre, 2004.

RIBEIRO, Iglê Moura Paz. **VIVÊNCIAS DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 11 A 18 ANOS MORADORAS DO RECANTO DAS EMAS, DISTRITO FEDERAL**. 2015. 77 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18844/1/2015_IgleMouraPazRibeiro.pdf. Acesso em: 24 out. 2016.

SAFFIOTI, Heleleth. A Síndrome do pequeno poder. IN AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira (org). **Crianças Vitimizadas: A síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 2007.

SANCHEZ, Raquel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. In: BRASÍLIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Violência Faz Mal à Saúde**. Brasília: Ms, 2006. p. 29-38. Disponível em: http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/06_0315_M.pdf#page=29 Acesso em: 23 nov. 2016.

SANTOS, Viviane Amaral dos; COSTA, Liana Fortunato. A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. **Estudos de**

Psicologia, Campinas, v. 28, n. 4, p.529-537, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/13.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SANTOS, Viviane Amaral dos; COSTA, Liana Fortunato; SILVA, Aline Xavier da. As medidas protetivas na perspectiva de famílias em situação de violência sexual. **Psico**, Porto Alegre, v. 42, n. 1, p.77-86, mar. 2011.

SANTOS, Samara Silva dos; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Revelação do abuso sexual infantil: reações maternas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p.85-92, mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000100010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 nov. 2016.

SARTORI, Priscila Piovesan Sarzi. **Violência intrafamiliar: seus condicionantes sociais e a reação do Estado**. 2009. 54 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120252/285111.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 nov. 2016.

SILVA, Eduardo Chaves da. **A medida protetiva de afastamento do agressor do lar em casos de abuso sexual: implicações psicossociais para o autor, família e vítima**. 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8503/1/2010_EduardoChaves.pdf. Acesso em: 24 nov. 2016.

SILVA, Lídia Maria Monteiro da. **Serviço Social e Família: a legitimação de uma ideologia**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1987.

SILVA, Jurema Alves Pereira da. O papel da entrevista na prática do serviço social. In: **Em Pauta**. Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 6, 1995.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 1, n. 8, p.119-132, abr. 2008.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

TEIXEIRA, Mary Jane de O. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potiara A.P. (Orgs). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

VERONESE, J.R.P.; MORAES DA COSTA, M.M. **Violência Doméstica: Quando a vítima é criança ou adolescente**. 1. ed. Florianópolis: OAB/SC, 2006. 198 p.

VIEIRA, Monique Soares; GROSSI, Patrícia Krieger; GASPAROTTO, Geovana Prante. Os desafios do CREAS no enfrentamento das expressões da violência sexual contra crianças e adolescentes em Porto Alegre. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 19, n. 2, p.132-151, dez. 2013. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/956>. Acesso em: 21 nov. 2016.

VIEIRA, Monique Soares. **Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil em Porto Alegre ::** contradições e perspectivas. 2013. 179 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5178>. Acesso em: 21 nov. 2016.

ZAVASCHI, Maria Lucrecia Scherer; TETELBOM, Miriam; GAZAL, Christina Hallal; SHANSIS, Flávio Milman. Abuso sexual na infância: um desafio terapêutico. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, n. 13, p. 136-145, set./dez. 1991.

APÊNDICE A

Quadro de categorização das publicações analisadas, conforme as categorias utilizadas, ano e tipo de produção e base de dados pesquisada.

Categorias	Ano Publicação	Título	Tipo de publicação e área que produziu	Banco de Dados
<p>✿ Determinantes sociais</p> <p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿ Serviço Social</p>	2009	Violência intrafamiliar: seus condicionantes sociais e a reação do Estado	TCC Serviço Social	Repositório Digital da Universidade Federal de Santa Catarina
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿ Serviço Social</p>	2014	A violência sexual contra crianças e adolescentes e o método em Marx	Artigo Serviço Social	Repositório Digital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2012	Trauma psíquico e abuso sexual: o olhar de meninas em situação de vulnerabilidade	Artigo Psicologia	Google Acadêmico
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿ Serviço Social</p>	2010	Abuso sexual intrafamiliar: do silêncio ao seu enfrentamento	Dissertação de Mestrado Serviço Social	Repositório Digital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿ Serviço Social</p>	2013	Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil em Porto Alegre: contradições e perspectivas	Dissertação de Mestrado Serviço Social	Repositório Digital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2010	Quando o Silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação do abuso sexual infantil	Artigo Psicologia	Lume: Repositório digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<p>✿ Violência sexual</p>	2006	Fatores de Risco e de Proteção na Rede de	Artigo Psicologia	SciELO

<p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿ Saúde pública</p>		Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual.		
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿ Serviço Social</p>	2013	Os desafios do CREAS no enfrentamento das expressões da violência sexual contra crianças e adolescentes em Porto Alegre	Artigo Serviço Social	Repositório Digital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿ Saúde Pública</p>	2008	Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela	Artigo Enfermagem	Google Acadêmico
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2008	Entre o Público e o Privado: Abuso Sexual, Família e rede de atendimento	Dissertação de Mestrado Psicologia	Lume: Repositório digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2014	A violência sexual infanto-juvenil e o olhar dos profissionais da rede de enfrentamento: notas críticas acerca do cenário do Município de porto alegre	Artigo Serviço Social	Repositório Digital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
<p>✿ Saúde pública</p> <p>✿ Determinantes sociais</p>	2007	Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual	Artigo Enfermagem	Google Acadêmico
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2012	Exposição à violência em adolescentes de diferentes contextos: família e instituições	Artigo Enfermagem	SciELO
<p>✿ Violência</p>	2013	Notificação da violência	Artigo	Google

sexual ✿Criança e adolescente ✿Saúde pública		como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil	Saúde Coletiva	Acadêmico
✿Violência sexual ✿Saúde Pública	1999	É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública	Artigo Serviço Social Minayo	Google Acadêmico
✿Violência sexual ✿Criança e adolescente	2012	O atendimento a famílias em situação de abuso sexual: Um estudo exploratório	Dissertação de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura	Repositório Digital da Universidade de Brasília
✿Violência sexual ✿Criança e adolescente	2015	Vivências de situações de violências por crianças e adolescentes de 11 a 18 anos moradoras do recanto das Emas, Distrito Federal	Tese de Doutorado Ciências da Saúde	Repositório Digital da Universidade de Brasília
✿Violência sexual ✿Criança e adolescente	2015	Do espaço privado para o público: construções narrativas com famílias em situação de abuso sexual	Tese de Doutorado Psicologia	Repositório Digital da Universidade de Brasília
✿Violência sexual ✿Criança e adolescente	2011	As medidas protetivas na perspectiva de famílias em situação de violência sexual	Artigo Psicologia	Repositório Digital da Universidade de Brasília
✿Violência sexual ✿Criança e adolescente	2011	A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva	Artigo psicologia	Repositório Digital da Universidade de Brasília
✿Violência sexual ✿Criança e adolescente	2010	A atuação profissional do serviço social no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, no município de Tijucas-SC	TCC Serviço Social	Repositório Digital da Universidade Federal de Santa Catarina

<p>✿ Serviço Social</p>				
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿ Saúde Pública</p>	2005	Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde	Artigo Medicina	Scielo
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2007	O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência	Artigo	Google Acadêmico
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2006	Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança?	Artigo Direito	Google Acadêmico
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿ Saúde Pública</p>	2011	A Revelação de Abuso Sexual: As Medidas Adotadas pela Rede de Apoio	Artigo Psicologia	Google Acadêmico
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2005	Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência	Artigo	Google Acadêmico
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2009	Revelação do Abuso Sexual Infantil: Reações Maternas	Artigo Psicologia	Scielo
<p>✿ Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p>	2010	Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil	Artigo Saúde Pública	Scielo

<p>✿Violência sexual</p> <p>✿Criança e adolescente</p>	2005	Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos	Artigo Psicologia	Google Acadêmico
<p>✿Violência sexual</p> <p>✿ Criança e adolescente</p> <p>✿Serviço Social</p>	2013	O enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes: Desafios à Intersetorialidade	Artigo Serviço Social	SciELO
<p>✿ Criança e adolescente</p>	2007	Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência	Artigo	Google Acadêmico
<p>✿Violência sexual</p> <p>✿Criança e adolescente</p> <p>✿Saúde pública</p>	2015	Perfil clínico e epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual notificados em um serviço de referência de Florianópolis, Santa Catarina	Dissertação de mestrado Saúde Coletiva	Repositório Digital da Universidade Federal de Santa Catarina
<p>✿Violência sexual</p> <p>✿Saúde pública</p>	2006	Violência e saúde: estudos científicos recentes	Artigo medicina	SciELO
<p>✿Violência sexual</p> <p>✿Saúde pública</p>	2008	Homens autores de violência doméstica e familiar contra a mulher: Desafios e Possibilidades	Tese de mestrado Saúde Pública	Repositório Digital da Universidade Federal de Santa Catarina
<p>✿Violência sexual</p> <p>✿Criança e adolescente</p>	2007	A opção da mãe pelo companheiro abusador em detrimento do filho abusado	Artigo Especialização psicologia	Lume: Repositório digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<p>✿Violência</p>	2012	Características da violência	Artigo	SciELO

sexual  Criança e adolescente  Saúde pública		contra a criança em uma capital brasileira	Enfermagem	
 Violência sexual  Criança e adolescente  Saúde pública	2010	Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007	Artigo Epidemiologia	Google acadêmico
 Violência sexual  Criança e adolescente  Serviço Social	2012	A rede regionalizada de atendimento às vítimas de violência sexual: Indicativos sobre as vítimas atendidas na Grande Florianópolis	TCC Serviço Social	Repositório Digital da Universidade Federal de Santa Catarina
 Violência sexual  Criança e adolescente  Serviço Social	2016	Violência intrafamiliar: Possibilidades e limites na proteção de crianças e adolescentes	Dissertação de Mestrado Serviço Social	Repositório Digital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul