

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ZELÂNDIA MARQUES DE ALMEIDA

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA  
EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO NA  
PARAÍBA**

JOÃO PESSOA  
2020

ZELÂNDIA MARQUES DE ALMEIDA

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA  
EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO NA  
PARAÍBA**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de mestre.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Luziana Ramalho Ribeiro.

Coorientação: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Batista Aurino

Área de Concentração: Serviço Social e Política Social.

Linha de Pesquisa: Estado, Direitos Sociais e Proteção Social

JOÃO PESSOA  
2020

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

A447v Almeida, Zelândia Marques de. VIOLÊNCIA  
SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: uma experiência  
multiprofissional em um ambulatório pediátrico na  
Paraíba / Zelândia Marques de Almeida. João Pessoa,  
2020.

179 f.

Orientação: Luziana Ramalho Ribeiro.  
Coorientação: Ana Lúcia Batista Aurino.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Violência Sexual. Criança e Adolescente. Família. 2.  
Rede de Proteção Social. Saúde. I. Ribeiro, Luziana  
Ramalho. II. Aurino, Ana Lúcia Batista. III. Título.

UFPB/CCHLA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

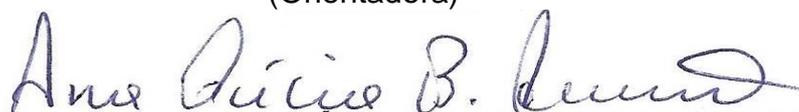
**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA  
EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO NA  
PARAÍBA**

ZELÂNDIA MARQUES DE ALMEIDA

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Aprovada em 21 de fevereiro de 2020.



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luziana Ramalho Ribeiro  
(Orientadora)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Batista Aurino  
(Coorientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Coelli Gomes Nascimento  
(Examinadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Glória de Lourdes Freire Rabay  
(Examinadora)

João Pessoa

Dedico este trabalho à criança Mariana e ao adolescente João Vítor, que me ensinam com a maternidade a conhecer melhor esse universo infanto juvenil.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, nosso Pai e Criador. Pelo dom gratuito da vida concedida e por me permitir trilhar por caminhos que me levaram à aproximação pessoal, profissional e teórica com o tema da infância.

Aos meus pais, Valdemiro e Margarida (*in memoriam*), de quem herdei valores que me fizeram ser quem sou. A eles meu amor e saudades eternas.

Ao meu esposo e companheiro Ivon Cláudio, por sua paciência, incentivo e compreensão. A vida acadêmica requer sacrifícios que se estendem àqueles mais próximos e você atravessou comigo a caminhada com louvor.

Aos meus filhos, João Vítor e Mariana, razões para seguir em frente. A chegada de vocês trouxe luz e motivação para a minha vida, portanto, essa vitória é nossa.

À minha amiga e colega de Mestrado Marcelly Oliveira, por sua disponibilidade e solicitude nos momentos que recorri para pedir-lhe apoio na formatação desse trabalho.

Às minhas companheiras de trabalho e da vida, assistentes sociais do Hospital Universitário Lauro Wanderley, especialmente Lenize Soraya e Roberta Cristina, por se empenharem na desburocratização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar-me a conciliação entre o exercício profissional e a vida acadêmica com responsabilidade e zelo em ambos contextos.

À Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, por me conceder a licença remunerada para estudos, fazendo do ingresso no Mestrado um sonho possível de concretização.

À Coordenadora de Serviço Social do Complexo de Pediatria Arlinda Marques, Maria Janete Cavalcanti e demais companheiras de trabalho dessa instituição, por compreender meu afastamento provisório como possibilidade de crescimento pessoal e profissional e terem me incentivado a vivenciar essa experiência.

À equipe multiprofissional do Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes – AMVIVA – que se disponibilizou a participar da pesquisa, tornando possível o alcance dos objetivos nela propostos.

Às crianças e adolescentes atendidos no AMVIVA, protagonistas das histórias de violências que nos forneceram os insumos para esse estudo. A vocês meu respeito e solidariedade e o compromisso ético político em continuar atuando e militando em prol dos legítimos direitos da infância.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CCS – por aprovar e permitir a execução da pesquisa

À professora e orientadora Doutora Luziana Ramalho Ribeiro, pelo aceite em me orientar e por desempenhar seu ofício com dedicação, ética e responsabilidade. Gratidão pelos debates profícuos, pelas valorosas considerações, críticas e elogios e por ser inspiração. Não tenho palavras para expressar minha admiração!

À professora e coorientadora Doutora Ana Lúcia Batista Aurino, pela atenção, acolhida e contribuições no Estágio de Docência e na coorientação. Muito obrigada!

Às professoras, Doutora Regina Coelli Gomes Nascimento e Doutora Glória de Lourdes Freire Rabay, por aceitarem o convite para a composição do quadro de examinadores desse estudo e contribuírem efetivamente com suas considerações, críticas, elogios e sugestões no processo de qualificação da dissertação. Com ética, doçura e firmeza vocês me ajudaram a corrigir distorções e ampliar o olhar sobre o conhecimento produzido, fomentando a autocrítica e novas descobertas.

Ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da UFPB, incluindo sua coordenação, secretaria e corpo docente, especialmente a professora Doutora Maria de Lourdes Soares, pelo empenho e dedicação na condução das disciplinas com enfoque metodológico.

Ao professor Doutor Fábio Gomes de França, que em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da UFPB, contribuiu com minha formação e o meu amadurecimento teórico-crítico. Sua generosidade e carinho, além do conhecimento compartilhado sobre temas que envolvem relações de gênero e sexualidade fizeram a diferença.

## RESUMO

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno multicausal, intimamente relacionado a determinantes de ordem cultural, econômica e político da sociedade moderna, período histórico quando esses sujeitos sociais foram separados do mundo dos adultos e assumem um novo status; bem como com fatores subjetivos e simbólicos que perpassam e forjam as relações interpessoais e intergeracionais. A pesquisa ora apresentada objetiva investigar as interfaces entre a história da infância, o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes e seu enfrentamento pelo Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes – AMVIVA – uma experiência multiprofissional no âmbito da saúde pública, serviço vinculado ao Complexo de Pediatria Arlinda Marques; enfatizando o perfil das crianças, adolescentes e famílias que acessaram esse serviço especializado e as apreensões, desafios e enfrentamentos a partir do olhar dos profissionais que compõem a equipe de saúde. Nosso estudo lançou mão de revisão sistemática de literatura existente sobre o fenômeno, de dados coletados no campo, mediante consulta a documentos da instituição e realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais, entre os meses de abril a julho de 2019. Elegemos como enfoque teórico norteador o materialismo histórico dialético, escolha pautada no fato do método dialético situar o fenômeno dentro de uma perspectiva histórica, produto das relações que se estabelecem entre os sujeitos. Se caracteriza por ser uma pesquisa quali-quantitativa, explicativa e descritiva quanto aos objetivos, de natureza aplicada. Os dados coletados foram explicitados estatisticamente e receberam tratamento analítico a partir da técnica de análise de conteúdo. Como resultados obtidos através da pesquisa documental sobre as crianças, os adolescentes e suas famílias verifica-se que 75,23% são do sexo feminino; 38,78% estavam na faixa-etária entre 7 e 11 anos na ocasião do atendimento; 68,69% dos autores dos atos abusivos possuem vínculo parental com as vítimas, como pais, padrastos, tios, avôs. Como resultados obtidos através das entrevistas realizadas com os profissionais, verifica-se que 100% são do sexo feminino; 75% não foram previamente capacitados pela instituição em temática relacionada ao enfrentamento da violência; 100% não estão plenamente satisfeitos com as condições de trabalho, citando problemáticas como número reduzido de profissionais; espaço físico inadequado e dificuldades de ordem metodológica da equipe. Quanto aos sentimentos despertados nos profissionais por ocasião dos atendimentos, destacaram-se: medo de que a violência os atinja, culpabilização da vítima, empatia, revolta, perplexidade, mal-estar, dentre outros. A vulnerabilidade sócio econômica da família evidenciou-se como o principal fator que pode culminar no abuso e na exploração sexual de crianças e adolescentes. Com os resultados alcançados, apontam-se os desafios de problematizar o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescente, especialmente pelo setor saúde, fomentando seu entendimento mais ampliando, possibilitando sua utilização para iluminar projetos interventivos de enfrentamento desse tipo de violência e o desenvolvimento de estudos futuros pela comunidade acadêmica.

**Palavras-chave:** Violência Sexual. Criança e Adolescente. Família. Rede de Proteção Social. Saúde.

## ABSTRACT

Sexual violence against children and teenagers is a multicausal phenomenon, closely related to cultural, economic and political determinants of modern society, a historical period when these social subjects were separated from the world of adults and assumed a new status; as well as with subjective and symbolic factors that permeate and forge interpersonal and intergenerational relationships. The research presented here aims to investigate the interfaces between childhood history, the phenomenon of sexual violence against children and teenagers and their confrontation by the Ambulatory of Assistance to Victims of Violence and Accidents - AMVIVA - a multiprofessional experience in the scope of public health, linked service the Arlinda Marques Pediatric Complex; emphasizing the profile of children, teenagers and families who accessed this specialized service and apprehensions, challenges and confrontations from the perspective of the professionals who make up the health team. Our study made use of a systematic review of the existing literature on the phenomenon, of data collected in the field, by consulting the institution's documents and conducting semi-structured interviews with professionals, from April to July 2019. We chose the dialectical historical materialism as the guiding theoretical focus, a choice based on the fact of the dialectical method places the phenomenon within a historical perspective, a product of the relationships that are established between the subjects. It is characterized by a qualitative-quantitative research, explanatory and descriptive related to the objectives, of an applied nature. The collected data were made explicit statistically and received analytical treatment using the content analysis technique. As results obtained through documentary research on children, teenagers and their families, it appears that 75.23% are female; 38.78% were in the age group between 7 and 11 years old at the time of care; 68.69% of the authors of the abusive acts have a parental bond with the victims, such as parents, stepparents, uncles, grandparents. As results obtained through the interviews carried out with the professionals, it appears that 100% are female; 75% had not previously been trained by the institution on issues related to coping with violence; 100% are not fully satisfied with working conditions, citing problems such as a small number of professionals; inadequate physical space and methodological difficulties of the team. In the case of the feelings aroused in the professionals on the occasion of attendance, the following attendance, fear that violence will affect them, blaming the victim, empathy, revolt, perplexity, malaise, among others.

The socio-economic vulnerability of the family was shown to be the main factor that can culminate in the abuse and sexual exploitation of children and teenagers. With the results achieved, we point out the challenges of problematizing the phenomenon of sexual violence against children and teenagers, especially by the health sector, fostering their broader understanding, enabling its use to illuminate interventional projects to confront this type of violence and the development of future studies by the academic community.

**Keywords:** Sexual Violence. Child and teenager. Family. Social Protection Network. Health.

## LISTA DE SIGLAS

**ABEPSS** - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
**AMVIVA** - Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes  
**APS** - Atenção Primária à Saúde  
**BPC** - Benefício de Prestação Continuada  
**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial  
**CCS** - Centro de Ciências da Saúde  
**CFESS** - Conselho Federal de Serviço Social  
**CID** - Classificação Internacional de Doenças  
**CNAS** - Conselho Nacional de Assistência Social  
**CONANDA** - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente  
**CPAM** - Complexo de Pediatria Arlinda Marques  
**CRAMI** - Centro Regional aos Maus-tratos na Infância  
**CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social  
**CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
**CT** - Conselho Tutelar  
**CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento  
**DNA** - *Deoxyribonucleic Acid* (Ácido Desoxirribonucléico)  
**ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente  
**FEBEM** - Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor  
**FIES** - Fundo de Financiamento Estudantil  
**FUNABEM** - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor  
**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**IDHM** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
**IPEA** - Índice de Pesquisa Econômica Aplicada  
**IST** - Infecção Sexualmente Transmissível  
**LBA** - Legião Brasileira de Assistência  
**MNMMR** - Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua  
**MS** - Ministério da Saúde  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**PBF** - Programa Bolsa Família  
**PEC** - Projeto de Emenda Constitucional  
**PL** - Projeto de Lei

**PROUNI** - Programa Universidade para Todos

**PTR** - Programa de Transferência de Renda

**RAS** - Rede de Atenção à Saúde

**SAI** - Serviço de Acolhimento Institucional

**SAM** - Serviço de Assistência ao Menor

**SESI** - Serviço Social da Indústria

**SINAN** - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

**SINASE** - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**SVS** - Secretaria de Vigilância à Saúde

**UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância

**UPA** - Unidade de Pronto Atendimento

**UFPB** - Universidade Federal da Paraíba

## LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1.1 - Sexo das crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA .....	74
Tabela 4.1.2 - Faixas etárias das crianças e adolescentes no atendimento .....	77
Tabela 4.1.3 - Faixas etárias das crianças e adolescentes no período da ocorrência do ato abusivo .....	77
Tabela 4.1.4 - Evasão escolar das crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA .....	82
Tabela 4.1.5 - Arranjos familiares (inserção da criança/adolescente na família).....	84
Tabela 4.1.6 - Renda familiar das famílias atendidas pelo AMVIVA .....	88
Tabela 4.1.7 - Acesso das famílias a Programas de Transferência de Renda - PTR .....	91
Tabela 4.1.8 - Procedência territorial das crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA.....	93
Tabela 4.2.1 - Crianças e adolescentes com IST atendidos pelo AMVIVA .....	96
Tabela 4.3.1 - Vínculo/ parentesco entre as crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA e os autores dos atos abusivo .....	98
Tabela 4.3.2 - Número de autores (suspeitos/ confirmados) dos atos abusivos contra crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA .....	101
Tabela 4.4.1 - Vinculação das crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA à Rede de Proteção Social.....	103
Tabela 4.5.1 - Idade e sexo das profissionais que compõem a equipe de saúde ...	106
Tabela 4.5.2 - Ano e local de formação dos profissionais que compõem a equipe de saúde.....	107
Tabela 4.5.3 - Formação em pós-graduação pelos profissionais da equipe de saúde .....	109
Tabela 4.5.4 - Vínculo empregatício, carga horária semanal e tempo de trabalho da equipe de saúde na instituição .....	109
Tabela 4.5.5 - Tempo de trabalho e forma de adesão do profissional de saúde ao AMVIVA.....	111
Tabela 4.5.6 - Experiência profissional no segmento da violência contra crianças/ adolescentes no âmbito da saúde.....	112
Tabela 4.5.7 - Capacitação da equipe no segmento da violência contra crianças/ adolescentes no âmbito da saúde.....	113

Tabela 4.5.8 - Adoção de metodologias/ estratégias de trabalho interdisciplinar pela equipe de saúde do AMVIVA .....	114
Tabela 4.5.9 - Percepção do profissional quanto a sua valorização/ reconhecimento pela equipe de saúde do AMVIVA.....	115
Tabela 4.5.10 - Opinião da equipe de saúde acerca da eficiência da divulgação do AMVIVA pela instituição e/ ou Secretaria de Estado da Saúde.....	116
Tabela 4.5.11 - Satisfação da equipe de saúde acerca das condições de trabalho na instituição .....	117
Tabela 4.5.12 - Elementos dificultadores da atuação profissional no AMVIVA (3 ordens de prioridade) .....	118
Tabela 4.5.13 - Profissionais que atestaram a existência no AMVIVA de banco de dados e de espaço exclusivo e reservado para a guarda do material sigiloso.....	121
Tabela 4.5.14 - Medidas adotadas pelos profissionais diante da suspeita ou confirmação de violência sexual contra crianças ou adolescentes .....	123
Tabela 4.5.15 - Percepção dos profissionais quanto a efetivação do princípio da prioridade absoluta do direito de crianças e adolescentes preconizado na Lei 8.069/90 – ECA .....	124
Tabela 4.5.16 - Profissionais que declararam realizar encaminhamentos de crianças e adolescentes a Rede de Cuidado e de Proteção Social.....	126
Tabela 4.5.17 - Avaliação dos profissionais acerca da referência e contra referência da Rede de Cuidado e de Proteção Social de crianças e adolescentes .....	127

## LISTA DE QUADROS

Quadro 4.6.1 - Formas de violência sexual contra crianças e adolescentes.....	129
Quadro 4.6.2 - Sentimentos despertados no profissional de saúde ao atender crianças e adolescentes em situação de violência sexual.....	131
Quadro 4.6.3 - Opinião acerca dos fatores que podem culminar no abuso sexual de crianças e adolescentes.....	134
Quadro 4.6.4 - Opinião acerca dos fatores que podem culminar na exploração sexual de crianças e adolescentes.....	137
Quadro 4.6.5 - Desafios ao profissional de saúde no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes.....	140
Quadro 4.6.6 - Desafios da sociedade para que a criança e o adolescente estejam a salvo de qualquer forma de violência no contexto atual.....	142

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	15
2. CAPÍTULO I - FAMÍLIA E FAMÍLIAS: DA IDEALIZAÇÃO À CONCRETUDE.....	25
2.1 Família – <i>Lócus</i> Privilegiado da Ação Tutelar sobre a Infância .....	25
2.2 A Pobreza como Elemento Potencial para a Vulnerabilidade e o Risco Social de Crianças, Adolescentes e de suas Famílias .....	30
2.3 A Família como <i>Lócus</i> de Intervenção do Assistente Social: Uma análise crítica .....	37
3. CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ONDE ESTÁ A (DES) PROTEÇÃO?.....	42
3.1 O Abuso e a Exploração Sexual: A “Infância em Perigo” e o <i>Lócus</i> da (Des) Proteção .....	42
3.2 Paradigma da Patologia Sexual Versus Perspectiva Multidimensional de Enfrentamento da Problemática: Os Estigmas Patológicos da Figura do “Agressor” .....	52
3.3 O Estado e suas Práticas Normativas de Proteção e de Controle: O Lugar da “Vítima” e o Lugar do “Agressor” .....	55
3.4 O Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes como Problema de Saúde Pública .....	67
4. CAPÍTULO III - ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO.....	73
4.1 O Perfil Social, Econômico e Demográfico das Crianças, Adolescentes e de suas famílias.....	73
4.2 A Dimensão do Adoecimento: Incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).....	96
4.3 Os Autores das Violências Sexuais Perpetradas.....	98
4.4 Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual: Dimensão do Cuidado em Saúde e a Rede de Proteção Social.....	103
4.5 O Perfil da Equipe de Saúde e os Desafios para a Efetivação dos Atendimentos no Olhar dos Profissionais .....	106
4.6 O Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: Analisando as Apreensões da Equipe de Saúde sobre o Fenômeno .....	128
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	148
REFERÊNCIAS.....	152
APÊNDICES.....	159
ANEXOS .....	166

## 1 INTRODUÇÃO

A violência sexual<sup>1</sup> contra crianças e adolescentes não é um fenômeno recente em nossa sociedade, sendo particularmente a partir da sociedade moderna quando esses sujeitos adquirem novo status, passando a fazer parte de um grupo de idade específico, separado do mundo dos adultos que o fenômeno ganhará maior visibilidade, se constituindo em matéria de maior interesse por parte de profissionais, especialmente da área das humanidades, de gestores e de pesquisadores. A partir desse novo status, agora marcado pela tutela, a sociedade passa a se mobilizar para garantir que essa fase etária seja reservada ao preparo para a vida adulta e, isso incluiria o afastamento desses sujeitos do “mundo” dos adultos, tendo em vista que a criança e o adolescente deveriam aproveitar essa etapa de sua existência para brincar, ingressar na escola, agora caracterizada pela separação em classes de idades e, atingir o desenvolvimento esperado para o ingresso na vida produtiva e consequente independência.

A partir dessa concepção de tutela, surgem então novos modelos educativos/interventivos a serem seguidos por pais, educadores, especialistas de diferentes áreas e juristas no trato com esse grupo etário, modelos que irão determinar o permitido e o proibido, estabelecendo o cuidado e a proteção, coroados pelo arcabouço constitucional em 1988 e, mais adiante, pela Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que inaugura os princípios da prioridade absoluta, da proteção integral e do atendimento ao melhor interesse da criança.

Nesse modelo de sociabilidade implantado pela burguesia e disseminado às demais classes sociais estava demarcada a iniciação sexual a partir da vida adulta, quando o indivíduo já estivesse mais maduro nos seus aspectos biológico, emocional e cognitivo; de modo que relações sexuais entre uma criança ou adolescente e

---

<sup>1</sup> Consideramos *violência sexual* o conceito adotado pelo Ministério da Saúde (MS), segundo o qual “é todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual 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, 2004 *apud* BRASIL, 2010, p. 33).

peças em estágios de desenvolvimento mais adiantados passam a ser enquadradas, especialmente a partir da modernidade, como imorais, inadequadas, patológicas, ilegais e, portanto, inaceitáveis. Esse sentimento novo com relação à criança e ao adolescente coloca para a sociedade um conjunto de significados, de condutas e de regramentos morais e legais a serem disseminados e obedecidos pela coletividade, impondo sobretudo ao adulto limites bem estabelecidos no trato com esses sujeitos específicos e dotados de singularidade.

Compreender as tramas que tecem as relações forjadas a partir da modernidade e que passam a estabelecer o lugar da infância e o papel socialmente determinado para a família nesse novo contexto se coloca como condição essencial para compreendermos a proteção como categoria de análise historicamente situada, integrante da sociedade ocidental burguesa a partir de seu nascedouro, desnaturalizando conceitos, modelos e padrões que de tão assimilados pelo imaginário coletivo nos passam despercebidos, como se sempre estivessem feito parte de nossas vidas e de nosso universo de crenças, costumes e valores. Sem buscarmos o conhecimento na história da infância, corremos o risco de nos filiar-mos à crença equivocada de considerarmos que em todo tempo e espaço crianças e adolescentes foram tratados como sujeitos dotados de especificidade, protegidos pela família e amparados pelo Estado. Nesse aspecto, partimos da hipótese de que a violência sexual contra criança e adolescente na sociedade moderna é uma das expressões da questão social, cujas causas estão circunscritas no bojo das relações sociais e sexuais de dominação, discriminação e exploração, razão pela qual adotamos a abordagem histórico-crítica para situarmos o fenômeno aqui estudado.

Ao adotarmos a abordagem histórico-crítica, não estamos desconsiderando outros determinantes incidentes sobre a problemática, como aqueles de ordem subjetiva, individual, psicopatológico ou psicossocial, assentados no “*modelo unidimensional*” (modelo ancorado no pressuposto da causalidade linear, cujo componente desencadeador da violência doméstica seria o desvio ou doença de natureza individual); mas buscando superar o simplismo da unicausalidade, substituindo-a por um tipo de abordagem que “[...] traz em seu bojo a necessidade de que se entenda a violência não apenas à luz de determinantes socioeconômicos, mas também, políticos de uma dada sociedade”(GUERRA, 2008, p. 194). Nos filiamos a tese de que a violência sexual que atinge o grupo etário de nosso estudo pode estar atravessada por fatores situacionais ou de ordem patológica do indivíduo, mas que

em sua base fundante estão as determinações estruturantes do desenvolvimento, incidentes sobre as condições materiais de existência e, também, as relações de poder; que se expressam e materializam no cotidiano da vida, se convertendo em violências etárias, de gênero, étnicas, de classe, etc.

Dada a nossa opção por uma abordagem teórico-crítica, elegemos como enfoque teórico norteador do nosso estudo o materialismo histórico dialético, por melhor permitir a análise da problemática no seu contexto mais simples, indo ao mais complexo, onde localizam-se as causas explicativas do objeto estudado – violência sexual contra crianças e adolescentes. Escolha pautada no fato do método dialético situar o fenômeno dentro de uma perspectiva histórica, produto das relações que se estabelecem entre os sujeitos. Para Guerra (2008, p. 194), “[...] as relações sociais são também políticas, uma vez que as diferenças entre os homens acabam se cristalizando em inúmeras formas de desigualdades [...]”

Em 2009, atuando como profissional de Serviço Social na área da Saúde me deparei com o desafio de compor uma equipe multiprofissional de referência para realizar atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências. Experiência que suscitou reflexões, inquietações, necessidade de buscar conhecimento especializado, sentimento de insegurança, às vezes de impotência e medo diante da violência que atinge a todos, mas, também o desejo de sistematizar experiências, retornar à Academia, sair do lugar da prática para mergulhar no universo da pesquisa, buscando investir, dessa forma, na auto qualificação profissional, devolvendo a posteriori à instituição que me serviu de laboratório, uma profissional com maior capacidade técnica para o exercício da função junto aos usuários do serviço e, contribuindo para com a comunidade científica, dada a relevância do tema pesquisado, um fenômeno antigo, mas também atual, com números que impressionam tanto pela quantidade de vidas marcadas pelas consequências que a violência imprime em quem a vivencia, quanto pelo montante de recursos que são destinados para sua prevenção, combate e erradicação no âmbito das políticas públicas, especialmente Segurança, Saúde, Assistência Social, além dos sistemas de justiça.

Diante do ante exposto, o presente trabalho é, portanto, fruto de reflexões e inquietações suscitadas a partir da prática como Assistente Social, integrante de equipe multiprofissional do Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes (AMVIVA), serviço especializado do Complexo de Pediatria Arlinda

Marques (CPAM), hospital de referência no atendimento a crianças e adolescentes do Estado da Paraíba<sup>2</sup> e que serviu de campo para a pesquisa ora apresentada.

A partir da prática no AMVIVA, me aproximei de forma mais diligente de crianças, adolescentes e suas famílias em vivência de situações de violências nas suas diferentes naturezas ou tipologias: física, sexual, psicológica e negligência; sendo a violência sexual o tipo mais recorrente entre os usuários que procuram o serviço nesses dez anos de sua implantação.<sup>3</sup> Dessa aproximação pude também estabelecer conexões em rede de cuidado e proteção social, por exemplo com órgãos como Conselhos Tutelares, Promotorias, Centros de Referência Especializados de Assistência Social; identificando seus pontos fortes e frágeis, seus fluxos e refluxos, o que ora favorece a proteção, ora concorre para a desproteção dos sujeitos demandatários desse atendimento especializado.

A relevância acadêmica e social em elegermos a violência sexual perpetrada contra crianças e adolescentes como objeto de pesquisa, circunscreve-se na imperiosa necessidade de melhor conhecermos o fenômeno para possibilitarmos a criação e o aperfeiçoamento de estratégias mais eficazes para seu combate e erradicação; colocando em evidência os resultados a que chegaram os autores que iluminaram nossa pesquisa, suas considerações e conclusões, mas, *pari passu*, trazendo ao debate nossa contribuição, a partir das reflexões, conclusões e/ ou proposições a que chegamos, contribuindo, dessa forma, para com a atualização do tema de pesquisa e a possibilidade de suscitar interesse por parte de futuros pesquisadores no assunto, fomentando o avanço do conhecimento.

Portanto, a pesquisa que se apresenta, dado seus objetivos, destinou-se a investigação bibliográfica, documental e de campo sobre o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, em seu contexto macrossocial, perpassado

---

<sup>2</sup> O Complexo de Pediatria Arlinda Marques é constituído de um Hospital de Urgência e um Ambulatório de Especialidades, situado na Rua Alberto de Brito, s/nº, no Bairro de Jaguaribe, cidade de João Pessoa. De acordo com sua história oficial, em seu nascedouro foi denominado Hospital para Crianças Tuberculosas Arlinda Marques dos Reis, fundado em 19 de setembro de 1945, por iniciativa da Legião Brasileira de Assistência – LBA. Já na história extraoficial ou versão popular, o hospital teve início a partir do trabalho voluntário de freiras que tiveram a iniciativa de dividir o próprio espaço de moradia, reservando alguns cômodos para cuidar de crianças doentes, especialmente aquelas acometidas pela tuberculose; projeto que teve como maior apoiadora a Senhora Linda Marques dos Reis, doadora do terreno onde foi construído o hospital (ALMEIDA, 2011).

<sup>3</sup> De acordo com integrantes do serviço, o AMVIVA foi implantado pelo Complexo de Pediatria Arlinda Marques em novembro de 2009, a partir da identificação de integrantes da rede local de Saúde de que crianças e adolescentes atendidos em serviços de urgência e emergência após a prática de violência contra elas, necessitavam de um serviço que garantisse o segmento ambulatorial para a continuidade do cuidado.

por determinações circunscritas no bojo das relações sociais de produção e dominação, próprias da sociedade capitalista burguesa e, no contexto microssocial, a partir da investigação do padrão abusivo de interação no campo das relações interpessoais.

Nesse aspecto, investigar as interfaces entre a história da infância, o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes e seu enfrentamento pelo Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes – AMVIVA, se constitui como objetivo principal desse estudo e, para seu alcance, buscamos, com a pesquisa compreender como os valores apregoados a partir da sociedade moderna passaram a forjar as relações interpessoais adulto/ criança/ adolescente, estabelecendo padrões de convívio familiar e social; traçamos o perfil social, econômico e demográfico das crianças e adolescentes atendidos no AMVIVA; apontamos o grau de parentesco ou vínculo interpessoal entre os autores das violências praticadas e as vítimas dos atos abusivos que acessaram o serviço. Também elegemos como objetivos específicos analisar os enfrentamentos e desafios no atendimento a esses sujeitos, a partir da visão dos profissionais de saúde que compõem o AMVIVA e, as apreensões desses profissionais a partir das interações com crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual.

Para a realização da pesquisa optamos pela revisão da literatura existente sobre a temática, a partir da produção de autores como Ariès (1981), Badinter (1985), Guerra (2008), Faleiros (1998), Perrot (1988), Donzelot (1980), Foucault (1982/ 2001); análise de documentos da instituição campo da pesquisa (dados secundários) e; acesso a dados primários, obtidos através de entrevista semiestruturada aplicadas junto aos profissionais que atuam no atendimento ao público alvo de nosso estudo.

Ao nível do trabalho de campo procedemos ao levantamento das informações sobre as crianças, adolescentes e suas famílias, inseridos no contexto da violência aqui estudada, através de documentos institucionais<sup>4</sup> (*instrumentais de entrevista social*)<sup>5</sup> realizadas pelo profissional de serviço social da instituição, entre os anos de

---

<sup>4</sup> Os documentos aqui referidos podem ser consultados nos anexos desse estudo. Eles correspondem às entrevistas utilizadas junto aos usuários no AMVIVA. A primeira identificada como “*Folha de Prontuário-Serviço Social*” passou por revisão no ano de 2018, sendo substituída pelo documento identificado como “*Entrevista Social*”. Essa revisão se deu, dada a necessidade de tornar o instrumental mais específico para a natureza do atendimento ao qual se destina, haja vista o modelo anterior ser utilizado genericamente, ou seja, com usuários do Serviço Social no âmbito do atendimento hospitalar, em contextos de internação.

<sup>5</sup> A entrevista para o Serviço Social se configura como um dos instrumentais técnico-operativos utilizados no exercício profissional, o qual possibilita ao assistente social conhecer a realidade do

2010 a 2018<sup>6</sup>, com os sujeitos pesquisados a partir dos seus informantes, pais ou acompanhantes/ responsáveis). Dados coletados no período de abril a julho de 2019. Esses documentos nos permitiram identificar e analisar categorias como sexo, faixas etárias, procedência territorial, renda familiar, vínculo ou parentesco com os autores (suspeitos ou confirmados) dos atos abusivos, número de autores dos atos abusivos, incidência de doenças/ infecções sexualmente transmissíveis, frequência/ evasão escolar, acesso das famílias a programas de transferência de renda, arranjos familiares<sup>7</sup> e vinculação à rede de proteção social; o que nos possibilitou traçar o perfil desses sujeitos e alcançar os objetivos propostos em nosso estudo. Para Lüdke e André *apud* Guerra (2008, p.195-196)

[...] a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados quantitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema [e] os documentos constituem uma fonte [...] poderosa de onde podem ser retiradas as evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador [...].

A população usuária do AMVIVA de 2010 a 2018, que tem ligação com o objeto desse estudo, somam 214 indivíduos, o que equivale ao universo da pesquisa para

---

usuário e atuar na perspectiva da garantia de seus direitos socioassistenciais. Para Lavoratti (2016) é na relação dialógica entrevistador-usuário propiciada pela entrevista que a realidade social, econômica, cultural e política do usuário vem à tona, revelando sua incidência sobre as demandas apresentadas. “O Instrumental-técnico é um complexo de conhecimento técnico-metodológico que o profissional dispõe para sua atividade profissional. Ele é criado e recriado no espaço das relações sociais.” (LUIZ *et al*, 1992, *apud* LAVORATTI, 2016)

<sup>6</sup> Cabe destacar que o AMVIVA inaugurou essa modalidade de atendimento na instituição em novembro de 2009, mas nosso recorte temporal abrangerá os anos de 2010 a 2018, considerando que no ano de implantação a equipe e o serviço ainda estavam se adequando e definindo metodologias e ferramentas de trabalho interprofissional. Como elegemos como objeto de estudo o fenômeno da violência sexual dentre as violências, os sujeitos que foram atendidos no período delimitado, cujo encaminhamento ou procura espontânea ao serviço tenha se dado por outros tipos de violência (negligência, violência física ou psicológica) ou em decorrência de acidentes em geral, serão desconsiderados, não fazendo parte do universo pesquisado.

<sup>7</sup> Em nosso estudo, consideraremos o conceito ampliado de família, a partir do ordenamento jurídico da Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 226 e, do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em seu Artigo 25. Esse arcabouço legal reconhece como família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes; por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade.

Nesse sentido, a partir do *locus* de moradia da criança ou adolescente, sujeitos de nosso estudo, as famílias serão assim classificadas: família nuclear consanguínea; família reconstituída formada por mãe e padrasto ou pai e madrasta; família monoparental, chefiada pela mãe; família monoparental, chefiada pelo pai; família ampliada formada por parentes próximos. Os casos não abrangidos por essas categorias, dada a multiplicidade de dinâmicas interpessoais, serão identificados conforme suas excepcionalidades, a exemplo dos indivíduos que vivenciam a experiência de guarda compartilhada por ambos os pais.

fins de coleta de dados documentais. Esclarecemos que no projeto inicial, havíamos selecionado um quantitativo de 216 indivíduos, todavia durante o período de coleta de dados, avaliamos pertinente a exclusão de 2 (dois) dos documentos anteriormente adicionados, por não atenderem aos critérios de inclusão relacionados com a natureza do serviço<sup>8</sup>. Ao final do levantamento, os dados mensuráveis foram agrupados em tabelas, recebendo tratamento estatístico e analítico. Esse último, se deu pela técnica de análise de conteúdo, que segundo Moraes (1999, p. 2),

se constitui de uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos [e que] ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

Quanto a abordagem, a pesquisa é do tipo qualitativa, vinculada por dados quantitativos (quali-quantitativa). Gerhardt e Silveira (2009) asseguram que a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa nos possibilita recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente, além disso, nos permitem captar atributos mensuráveis e aspectos dinâmicos/ individuais da experiência humana. Para abordarmos nosso objeto metodologicamente, quanto aos objetivos, trata-se de uma pesquisa explicativa, possibilitando localizar os fatores determinantes do fenômeno investigado e descritiva; pois se propõe a descrever os fenômenos de uma dada realidade. Para Gil *apud* Gerhardt e Silveira (2009, p. 35) “[...] a identificação de fatores que determinam um fenômeno exige que este esteja suficientemente descrito e detalhado”. Salientamos que a pesquisa é de natureza aplicada, opção que de acordo com as autoras supramencionadas favorece a obtenção de conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos.

Além dos dados secundários, coletamos, ainda, dados primários através de entrevistas semiestruturadas aplicadas nos meses de abril a julho de 2019 junto aos profissionais componentes da equipe do AMVIVA, objetivando analisar o que esses agentes públicos apreendem das interações com os sujeitos alcançados pelas suas

---

<sup>8</sup> Nos dois casos aqui referidos, os protagonistas das supostas situações de violência sexual, na verdade vivenciaram experiências sexuais entre crianças em semelhante estágio de desenvolvimento, condizentes com “*jogos ou brincadeiras sexuais infantis*”, não se configurando enquanto violência, por tratar-se de manifestações sexuais próprias do processo de desenvolvimento humano, num contexto de descoberta do corpo, onde não foi identificado a presença da sujeição ou da dominação, próprias de atos abusivos.

práticas em saúde, traçando o perfil desses profissionais e, as fragilidades ou enfrentamentos por eles apontados frente ao desafio de atender crianças e adolescentes em situação de violência sexual em um equipamento da política pública de Saúde do Estado da Paraíba. Nesse caso, não elegemos amostra, tendo em vista que atualmente a equipe é constituída de apenas 4 (quatro) profissionais em sua totalidade sendo, duas médicas (uma pediatra e uma ginecologista), uma psicóloga e uma assistente social; portanto, todos os componentes do AMVIVA integraram a população para fins de coleta de dados primários. Esse material coletado foi objeto de posterior tratamento, sendo apresentado através de tabelas e quadros estruturados de modo a evidenciar categorias e subcategorias de análise. Os discursos mais significativos para o objeto desse estudo, foram pré-analisados, explorados, tratados, inferidos e interpretados através da técnica de análise de conteúdo, sendo incorporados ao texto final da nossa dissertação.

Salientamos que o acesso aos documentos e profissionais da instituição campo da pesquisa seguiu todo o rigor ético e científico para pesquisa com seres humanos, com observância da prévia e expressa autorização do dirigente da instituição, dos profissionais entrevistados mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como do Comitê de Ética em Pesquisa, que em nosso caso é o comitê vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Para fins didáticos e de uma melhor compreensão acerca do objeto de pesquisa, optou-se por dividir este estudo em três capítulos, estruturado da seguinte forma: O **primeiro capítulo “Família e Famílias – Da Idealização à Concretude”** versa sobre categorias de análise que nos permitem compreender como a família tem se constituído como locus privilegiado da ação tutelar sobre a infância, ao lado de instituições seculares como a escola e a igreja. Logo na sequência, inserimos um debate sobre a pobreza como elemento potencial para a vulnerabilidade e o risco social de crianças, adolescentes e de suas famílias. O capítulo é finalizado com uma reflexão crítica sobre a intervenção do profissional Assistente Social junto à família, onde convidamos o leitor a compreender que enquanto especialista inserido no vasto campo das políticas sociais este profissional não esteve/ está imune às variadas e multifacetadas determinações que incidem sobre o fazer dos agentes convocados pelo Estado para atendimento às demandas das famílias.

No **segundo capítulo “Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: onde está a (des) proteção?”** tratamos do fenômeno do abuso e da exploração sexual no contexto da surgente sociedade moderna, a qual reservou à família o papel de docilizar os indivíduos, especialmente aqueles em estágio de desenvolvimento, para o exercício da subalternidade, nos moldes do sistema capitalista de produção; sendo a casa o lugar privilegiado da proteção. O que foi possível graças a um discurso de “valorização” da mulher que passa a entrar em cena como aliada dos especialistas da higiene, da ordem e da moral. Ao longo do capítulo, introduzimos o debate sobre os estigmas patológicos da figura do “agressor”, forjados no paradigma da patologia sexual, o qual se ancora e fundamenta na díade médico-judiciária como forma de enfrentamento da problemática; em oposição a perspectiva multidimensional. Nesta última, o problema interage com múltiplos fatores causais, para além do indivíduo e de seu grupo familiar, sendo, portando, considerados os contextos social, econômico e histórico-culturais.

Ainda incorporado ao segundo capítulo, adentramos no debate sobre o Estado e suas práticas normativas de proteção e de controle, quando apontamos o que o Estado brasileiro construiu, especialmente, a partir da década de 1980 (período de grande efervescência e de transição jurídico-legal, dado o advento da Nova Constituição), para a “proteção” da vítima e a responsabilização ou controle do “agressor”; debate sucedido pela discussão sobre o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes como problema de saúde pública, cujo marco regulatório importante foi a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/ 2001), sucedida pela definição de um instrumento de notificação às autoridades competentes dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes (Portaria nº 1.968/ 2001).

No **terceiro capítulo “Análise da Experiência Multiprofissional em Saúde no Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes em um Ambulatório Pediátrico”** apresentamos os achados de campo, mediados pelo diálogo estabelecido com dados de outras pesquisas na área de interesse desse estudo, levantados ou divulgados por instituições/ organizações e institutos de renome como MS, UNICEF, IBGE, IPEA, e; ainda, com autores que nos serviram de referência como Schelb (2008), Guerra (2008), Hlsgail (2007). Nesse capítulo, trouxemos dados e nossas análises sobre o perfil social, econômico e demográfico das crianças,

adolescentes e das famílias, população de nossa pesquisa; a dimensão do adoecimento, pelo levantamento de usuários acometidos por infecções sexualmente transmissíveis (IST); demonstramos quem são os autores das violências sexuais perpetradas e os desafios em abordar a problemática numa perspectiva de Rede de Cuidado e de Proteção Social.

Compondo ainda esse capítulo, apresentamos o perfil da equipe de saúde componente do AMVIVA e os desafios para a efetivação dos atendimentos a partir do olhar desses profissionais. Também dedicamos um espaço, nesse capítulo, para apresentar e analisar as apreensões da equipe de saúde sobre o fenômeno em tela, a partir do contato direto que esses sujeitos estabelecem com o segmento etário desse estudo.

## 2 CAPÍTULO I - FAMÍLIA E FAMÍLIAS: DA IDEALIZAÇÃO À CONCRETUDE

### 2.1 Família – *Lócus* Privilegiado da Ação Tutelar sobre a Infância

O primeiro desafio que se coloca para o pesquisador que se aventura a falar sobre família é despir-se de conceitos já cristalizados ou preconceitos sobre o tema. Todos nós herdamos e/ ou construímos uma família durante nossa trajetória de vida e a primeira coisa que tendemos a fazer quando escrevemos sobre essa temática é nos colocarmos como referência paradigmática. Partimos da família que idealizamos ou daquela cuja formação somos parte integrante, com toda carga de significados, modelos e vivências que vêm de nós, de nosso lugar no mundo. Considero desafiante o processo de sair do lugar que nos é singular para adentrarmos em universos desconhecidos, complexos, diversos, estranhos a nossa quase sempre limitada experiência pessoal e, o mais rico desse aprendizado, desse contato com o estranho é que saímos dele diferentes, acrescidos, maiores do que éramos antes.

Quando se lida com famílias, portanto, depara-se com uma primeira dificuldade, a de estranhar-se em relação a si mesmo. Como reação defensiva, há uma tendência a projetar a família com a qual nos identificamos – como idealização ou como realidade vivida – no que é ou deve ser a família, o que impede de olhar e ver o que se passa a partir de outros pontos de vista (SARTI, 1999, *apud* VITALE 2002, p. 46).

Assim, tratar do tema família requer disposição para dialogar com o diferente e, mais que isso, estarmos dispostos a compreender que não há um único padrão ou modelo que se sobreponha a outro, mas que oferecem possibilidades e complexidades outras, formatos diversos, múltiplos arranjos no suprimento das necessidades de seus membros, predominância para maior protagonismo ou sujeição, centralização ou equidade na divisão de tarefas cotidianas, terreno propício a pluralidade de ideias e incorporação de novos costumes ou maior tendência em conservar valores e regras estabelecidos pelas gerações anteriores.

Em suma, para contribuir cientificamente com o tema família ou atuar profissionalmente no âmbito de políticas sociais destinadas a esse grupo, atualmente alvo prioritário das diversas políticas públicas, imperioso se faz estarmos abertos ao novo, ao exótico, ao estranho; nos comportando como estrangeiro em terreno onde

se pensava nativo. Outro exercício que considero necessário antes de adentrarmos nesse fenômeno - família – é fazermos alguns questionamentos: Em que tempo e espaço a família tal como a conhecemos se constituiu? Quais mecanismos foram acionados para a defesa desse novo modelo de família? E, o mais importante, qual projeto de sociedade que se pretendia implantar e em que medida a família deveria se moldar ou adequar para atender às expectativas que estavam postas?

Localizamos em Ariès (1981) parte das respostas para nossas indagações. Segundo o autor, a família tal como a conhecemos data do século XVIII, a partir do surgimento da escola e do espaço da intimidade no ambiente da casa, propiciado pela arquitetura. Nesse período, são codificadas novas regras nas relações familiares, portanto, a família da qual falamos deve ser compreendida enquanto uma construção social, historicamente situada e projetada pela sociedade moderna, com a participação imprescindível da escola e da igreja, para torná-la essa instituição social favorável ao “desenvolvimento saudável” de seus membros, com destaque especial ao lugar reservado às crianças, antes misturadas aos adultos, aprendendo com eles seus ofícios e não em escolas separadas por classes de idades.

O status reservado à criança salta de adulto mirim a um ser dotado de significância, indivíduo com necessidades específicas, despertador de sentimentos de afeição e atitudes de zelo por parte dos que receberam a nobre incumbência de prover-lhes afeto, instrução, cuidado e proteção. O atendimento às demandas desses sujeitos especiais se elevam à categoria de prioridade em relação aos demais membros do grupo familiar. Surge um sentimento novo de infância e com ele também nasce uma nova família para dar conta, assessorada por instituições como a escola, do processo de socialização desses indivíduos.

Essa criança cercada pela dedicação familiar, faz surgir um outro personagem para lhe garantir concretude – a mãe dedicada, a mulher capaz de tudo fazer para que a vida desse ser em formação se desenvolva plenamente.

A ideologia da maternidade vivida nos nossos dias e nascida com a sociedade burguesa patriarcal confere a todas as mulheres a faculdade natural de amar sem restrições e de cuidar da criança que concebeu sob quaisquer condições. As que recusam de algum modo este destino biológico e social são consideradas exceções e recebem com frequência o rótulo de anormais (MOTTA, 2008, p. 63).

Badinter (1985, p. 22-23) vai trazer para o debate uma contribuição interessante, ao afirmar que “[...] o interesse e a dedicação à criança se manifestam ou não se manifestam. A ternura existe ou não existe. As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do mais ao menos, passando pelo nada, ou o quase nada [...]”. Em sua tese, fica patente que a sociedade moderna dissemina o discurso de que toda mulher é feita para ser mãe, “a boa mãe”, “a mãe coruja”, sendo, portanto, o amor materno um fenômeno universal que se manifestaria em toda mulher, independentemente de sua singularidade, sua história de vida; no que a autora contesta, assentada na convicção de que este sentimento existe desde a origem dos tempos, mas não necessariamente em todas as mulheres e, não tê-lo não nos autoriza a rotular a mulher como patológica, lançando sobre ela prescrições para trazê-la para o terreno da normatividade.

Partindo do conceito defendido por Szymanski (2002, p.10), segundo o qual família é

[...] um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem os idosos, formam crianças e adolescentes.

Podemos situar nas entrelinhas uma tendência, reflexo do que ocorre nos diversos segmentos constituintes da vida social, a idealização em torno do papel da família, especialmente a partir da modernidade, mas que perdura até os nossos dias. As expectativas em torno da instituição família, aparecem desconectadas de esforços no tocante a avaliar suas possibilidades e limites reais. A família é sempre depositária de ser o lugar da proteção, do cuidado, do aconchego, do acolhimento, do suprimento, da formação primária, independentemente do quão esteja ou não preparada ou instrumentalizada para isso.

Para Mioto (2011) essa aposta ou reconhecimento na valorização das redes familiares enquanto força irredutível da solidariedade e capacidade de proteção social

[...] foi delineada no âmago do desenvolvimento capitalista e do liberalismo econômico – séculos XVIII e XIX<sup>9</sup> – quando, com a separação entre casa e empresa, se conformou uma nova forma de

---

<sup>9</sup> No texto referenciado encontramos a expressão “séculos XVIII e **IXX**”, no que alteramos para “séculos XVIII e **XIX**”, tendo em vista que dezenove em algarismo romano fora displicentemente escrito erroneamente. Portanto, para não reproduzirmos o erro, realizamos a correção em nosso texto.

família (família nuclear burguesa). [E a autora acrescenta]: Nesse momento, foi delegada a ela a responsabilidade pela reprodução social e, junto, jogaram-se também para dentro dela os problemas e conflitos gerados na esfera da produção. [O que fez com que] a insuficiência de recursos para a provisão de bem-estar advinda, por exemplo, do desemprego, [passasse] a ser tratada como “caso”, ou “problema de família” [...] (MIOTO, 2011, p. 6).

É inegável que muito do que somos vem da formação que recebemos em nossas experiências de vida na família, do convívio com nossos pais, irmãos, avós e outras pessoas representativas e que desempenharam papéis centrais no suprimento de nossas demandas, em nossas trocas intersubjetivas no ambiente doméstico. Todavia, cabe uma reflexão não romantizada ou idealizada em torno dessa instituição secular – a família – de modo a não reproduzirmos a prática de requisitá-la para além de suas possibilidades ou enquadrá-la em receituários que desconsiderem seus contextos concretos de vida, seus sonhos e desejos.

A partir da sociedade moderna temos bem desenhado o papel da família em torno do cuidado com seus membros, especialmente crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência, cabendo aos pais, em se tratando de família nuclear, ou a outras pessoas adultas de referência, como os avós, a responsabilidade para com os mais vulneráveis ou aqueles em estágio de desenvolvimento, dentre esses crianças e adolescentes.

Esse padrão social de enquadramento das famílias, de como suas relações intrafamiliares devam se orientar aciona e põe em movimento diversas engrenagens, tanto do universo privado e intersubjetivo, que é forjado a partir de mecanismos ideoculturais e simbólicos; quanto do universo público, através das instituições constituídas, dos marcos regulatórios vigentes e da teia de relações que se estabelecem na vida em sociedade, no concreto vivido.

Em sintonia com esse movimento, onde a singularidade de cada indivíduo é forjada e se expressa nas relações que estabelece no cotidiano da vida em sociedade, cada sujeito tem um lugar a ocupar, um papel ou papéis a desempenhar na garantia da funcionalidade dessa instituição social - a família – variando conforme o sexo, os ciclos de vida, a hierarquia de poder intergeracional, a classe social, os costumes herdados, as influências externas, que ora favorecem a continuidade do padrão herdado pelas gerações anteriores, ora a quebra de paradigmas.

É graças a esse conjunto articulado de forças simbólicas e concretas que o indivíduo ocupa e pode construir o seu lugar na família e no mundo, ofertando em

maior ou menor proporção seu tempo, sua disponibilidade, sua força humana em movimento para assegurar a continuidade do projeto de sociedade em curso, nos moldes do sistema capitalista de produção, o qual delega à família papel central e estratégico na defesa dos seus interesses e hegemonia. Nesse sentido, a família é funcional ao sistema.

Ao assumir o cuidado para com seus entes mais vulneráveis ou frágeis, o indivíduo se integra ao processo de produção e reprodução social, sem consciência do movimento do qual é parte, pois no campo ideológico o discurso que sustenta e mantém a funcionalidade dessa engrenagem está alicerçado em valores morais e religiosos seculares com forte apelo a dimensão humana e subjetiva dos indivíduos, Em nome do amor familiar, da solidariedade, da gratidão, da obrigação, da possibilidade de recompensa ou reconhecimento os sujeitos são levados a assumir voluntariamente a “missão” que lhes é outorgada. Podemos localizar em Foucault (1982) já nos idos do século XVIII esse conjunto de obrigações assim descritas:

[...] de ordem física (cuidados, contatos, higiene, limpeza, proximidade atenta); amamentação das crianças pelas mães; preocupação com um vestuário sadio; exercícios físicos para assegurar o bom desenvolvimento do organismo: corpo a corpo permanente e coercitivo entre os adultos e as crianças [...] (FOUCAULT, 1982, p. 199).

No contexto da atualidade, é possível localizar esse dispositivo de obrigações solidárias no texto do Artigo 229 da Constituição Federal de 1988, que diz “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. Logo, não se trata apenas de atos voluntários entre os que integram a família, mas de obrigações amparadas em lei.

Esse discurso apelativo, materializado em modos de ser e se relacionar no mundo ganha concretude via mecanismos de naturalização de processos que na verdade são resultantes de construções histórico sociais. Quando uma mulher toma a decisão de abrir mão de um projeto pessoal distinto da maternidade, em função do ato de matinar, mesmo em cenários favoráveis ao compartilhamento de tarefas domésticas com outros atores sociais, me arriscaria em afirmar que as razões que a motivam têm raízes assentadas na crença, culturalmente disseminada, de que à mulher, à mãe é cabível o rol da quase totalidade das obrigações relativas aos filhos

“menores”, de modo que nenhum projeto pessoal lhe pareça tão nobre quanto o de embalar o filho tão “sonhado”. Concordamos com Badinter (1985) quando reconhece que sobre nossos desejos há o peso incalculável dos valores imperiosos da sociedade. Nesses termos, as nossas escolhas, decisões e comportamentos não estão imunes às influências e valores da sociedade de nosso tempo.

## **2.2 A Pobreza como Elemento Potencial para a Vulnerabilidade e o Risco Social de Crianças, Adolescentes e de suas Famílias**

Para Szymansky (2002) há uma diferenciação na forma como pais e mães assumem a incumbência socializadora, conforme suas experiências pessoais, respondendo conforme os modos de ser que foram desenvolvendo ao longo de suas vidas. Para melhor ilustrar seu raciocínio, a autora cita como exemplo uma família de uma pequena comunidade rural e uma família paulista de classe média, apontando que em cada uma delas haverá respostas distintas no tocante a postura assumida diante das práticas educativas adotadas. Szymansky (2002, p. 14-15) faz uma leitura, a partir de Sarti, quanto ao exercício da autoridade no interior da família, considerando o componente de classe.

[...] na família pobre, as relações entre seus membros seguem um padrão tradicional de autoridade e é uma questão de ordem moral a subordinação dos projetos individuais aos familiares e a insistência na hierarquia. É nesse contexto que seus filhos serão criados – reproduzindo-se a ideologia dominante, usando-se a força para impor obediência, que é o objetivo último de sua tarefa socializadora. A crença em uma hierarquia que põe o homem no topo, seguido da mulher e, por fim, as crianças, [...]

A partir dessa análise, concordamos com a autora quando assegura ser a obediência o fim último da tarefa socializadora da família, função para a qual é incumbida pela sociedade, nos moldes do sistema capitalista de produção, o qual delega à família, especialmente a pais e mães a função de docilizar seus filhos para o exercício da subalternidade. Para Foucault (1982) essa gerência da infância, estava circunscrita no rol das estratégias dirigidas à população em geral com fins de assegurar não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade, notadamente no século XVIII, período que, segundo o autor, são codificadas novas

regras na relação entre pais e filhos, regidas por um conjunto de obrigações que se impõem tanto aos primeiros quanto aos últimos, onde

[...] A família não deve ser mais apenas uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Deve-se tornar um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo que envolva, mantenha e favoreça o corpo da criança. [...] espaço imediato de sobrevivência e de evolução [...] para organizar o que servirá de matriz para o indivíduo adulto (FOUCAULT, 1982, p. 199).

Encontramos em Perrot (1988) um debate profícuo acerca do disciplinamento como ferramenta exaustivamente utilizada no ambiente fabril pela sociedade industrial, especialmente no século XIX. Gerada nos dispositivos da sociedade do Antigo Regime, a disciplina industrial oferecerá as bases para o estabelecimento de mecanismos de ordem, subordinação, disciplinamento, prescrições morais, penalidades, regras de higiene e segurança e proibições voltadas a surgente classe operária, nos moldes do nascente sistema capitalista de produção. Essas relações sociais de trabalho, segundo a autora, são concebidas conforme o modelo familiar, onde o patrão se assemelha ao pai e, o operário, ao filho. Ressalte-se que nas primeiras manufaturas e fábricas do modelo francês de industrialização a célula familiar é o núcleo do sistema. Nesse sentido, os pais são responsáveis pelo trabalho e pela subordinação dos seus filhos no ambiente doméstico e fora dele, a partir de dois modelos disciplinares: o religioso e o militar. Nem mesmo as crianças escaparam a esse recrutamento de mão-de-obra sendo, qualquer revolta contra a fábrica, compreendida como insurreição contra o pai.

O exercício do controle teria sido assim garantido graças ao que a autora chamou de quadros disciplinares tradicionais, o exército e a igreja, dos quais a sociedade industrial teria extraído ferramentas ou instrumentos de exercício de poder como a hierarquia, a disposição em fileiras e o silêncio, sendo este último advindo do modelo disciplinar religioso. Os regramentos fabris inspirados nesses modelos tinham como fim último “disciplinar o corpo do operário, seus gestos e comportamentos” a partir dos valores do trabalho. Valores que, mesmo tendo sido pregados pela família e pela escola, não pareceram atrativos a todos os segmentos etários, sendo recusados por muitos adolescentes, de certo dada a adoção de formas tradicionais de disciplina pela sociedade industrial.

Sobre a infância operária, havia o consenso entre as autoridades da época, representadas por médicos e higienistas em atribuir a “vagabundagem” e “gatunagem” dos filhos à impotência da família para policiá-los ou em outro extremo ao exercício de rigorosa severidade destas. Quer fosse pela ausência ou pelo excesso de domesticação, a família operária era apontada como incapaz e falha, sendo a fábrica o lugar do disciplinamento por excelência.

Concluimos, a partir da contribuição de Perrot (1988), que a interiorização da disciplina contou e ainda conta nos dias atuais com instituições seculares, a exemplo da família, que exerceram e exercem papéis centrais nos destinos da coletividade, moldando, regulando, enquadrando e influenciando nosso jeito de pensar, nossas escolhas, forjando modos de ser e existir na vida em sociedade.

Na teia dessas relações, notadamente marcadas pela submissão, defendemos a premissa de serem especialmente as crianças e os adolescentes os sujeitos em posição de maior desvantagem, alvos estratégicos no “circuito da produção”, seres despossuídos de autonomia, de menor significância dentro de uma escala de poder hierárquica no grupo familiar. A criança nada possui e numa relação desigual por vezes é possuída, sendo alvo de cóleras, vontades, luxúrias e desejos por parte dos que deveriam assegurar-lhe sustento, cuidado e proteção.

Entra em cena, na segunda metade do século XIX, uma personagem fundamental para o desenvolvimento desses sujeitos dóceis, submissos, úteis aos propósitos da produção, a mulher. A ela cabia assegurar o controle e a vigilância da família, retendo o marido e os filhos no limite da ordem. Invisibilizada no patriarcado que centralizava no pai, no marido, o poder decisório sobre todos os membros da família, a partir do período ante assinalado, a mulher ganha novo status social, sendo a ela associados “[...] um certo número de instrumentos e aliados: instrução primária, ensino da higiene doméstica, instituição dos jardins operários, repouso do domingo [...]. Mas o principal instrumento que ela recebe é a habitação ‘social’ [...]” (DONZELOT, 1980, p. 42). Essa nova habitação que emerge no final do século XIX em substituição ao antigo habitat popular se destinou especialmente a famílias operárias, alvo prioritário dos higienistas que propunham uma vida privada, com redução na quantidade de indivíduos na casa, apenas os pais e seus filhos, convivendo em espaço salubre. Nessa moradia a moralidade, a decência e o pudor estariam assegurados pela vigilância dos filhos pelos pais.

Para Donzelot (1980) foi graças a distribuição interna das casas que a habitação funcionou como peça complementar à escola no controle das crianças e, foi graças a competência doméstica atribuída à mulher<sup>10</sup> que a família elegeu o aconchego do lar em detrimento do espetáculo da rua e suas promiscuidades, de modo que se um membro da família se desagregasse de seu grupo, por conseguinte se constituindo em ameaça a ordem estabelecida, recairia sobre a mulher, esposa ou mãe, a culpa, uma vez que sua missão de “guardiã do lar” era por excelência “[...] velar por uma retração social de seu marido e de seus filhos [...]” Emergindo desse cenário a eleição da habitação familiar e da escola como espaços privilegiados para a vigilância em torno da criança (*Ibid.* p. 47).

[...] Isto tudo se passa segundo um esquema de colaboração muito simples, o Estado diz às famílias: mantende vossa gente nas regras da obediência às nossas exigências, com o que, podereis fazer deles o uso que vos convier e, se eles transgredirem vossas injunções, nós vos forneceremos o apoio necessário para chama-los à ordem (DONZELOT, 1980, p. 51).

Somente os indivíduos “desligados” dos bons costumes e da religião escapavam desse mecanismo de proteção existente entre a instância familiar e a instância pública, era o caso dos mendigos e vagabundos, elementos sem controle, pessoas “sem eira nem beira”, que por em nada estarem ligados nesse sistema de obrigações, eram tidos como perturbadores. Em se tratando de crianças e adolescentes “perversos, reivindicadores, instáveis, irregulares ou delinquentes”, o receituário acionado passava por um processo de controle e de tutela pela via do judiciário e do trabalho social desenvolvido por especialistas da “patologia social”, dentre esses: assistentes sociais, psicólogos, educadores, médicos psiquiatras e psicanalistas.

---

<sup>10</sup> Para maior aprofundamento no que diz respeito ao exercício do papel da mulher popular e da mulher das classes abastadas, consultar a obra de Donzelot (1980) referenciada em nosso estudo. Nela concluímos que a “mudança no governo das crianças” a partir da segunda metade do século XVIII esteve intimamente ligada ao deslocamento do *status* social da mãe, personagem central na estratégia de fazer sair de cena a criadagem, “esses serviços imorais e pervertidos”, para fazer emergir a mãe dedicada, guardiã executora dos preceitos médicos, detentora de um olhar discreto, vigilante e onipresente no interior da família, a qual deveria passar a funcionar, segundo o autor, como uma espécie de “estufa aquecida contra as influências exteriores”. Essa aliança com a mulher burguesa só foi possível devido ao acesso desse segmento de classe a uma vasta literatura que passou a florescer a partir do período assinalado. A mulher do povo, em sua maioria, não estava alfabetizada e, portanto, as estratégias para fazer funcionar os mecanismos de controle e vigilância sob suas famílias e com sua adesão, passaram por outros canais.

O exercício do poder sobre os pobres, os desprovidos de recursos, de prestígio, de saber escolarizado contou com mecanismos de “vigilâncias diretas” para além daqueles de domínio familiar, sendo, portanto, em instituições como hospitais gerais, conventos e hospícios que esses “indesejáveis da ordem familiar” foram outrora alvos de intervenções, de mobilizações caridosas, religiosas e filantrópicas numa perspectiva moralizadora, higienista e restauradora da vida familiar. Essa herança arraigada tem um poder concreto e simbólico que atravessa séculos de história, a ponto de nos depararmos ainda em nossos dias com intervenções sobre as famílias pobres, a partir de mecanismos de vigilância sobre suas vidas, impondo-lhes condições, por exemplo, na concessão a benefícios e serviços no âmbito das políticas sociais. Caso emblemático são as condicionalidades impostas aos que acessam o programa de transferência de renda do governo federal, o Bolsa Família<sup>11</sup>.

No contexto da violência, podemos encontrar na família pobre condições mais favoráveis à continuidade de relacionamentos abusivos, por questões que a fragiliza e impõem às mulheres e aos filhos menores de idade a continuidade da convivência com pais, maridos/ companheiros ou chefes de família que abusam da autoridade ou invertem seus papéis. Pelos maiores obstáculos e dificuldades impostas a essas famílias - como a baixa escolaridade e consequente desqualificação para o mercado de trabalho por parte dos adultos que a integram, dificultando o acesso a postos de trabalho melhor remunerados; fragilizado ou inexistente suporte da família extensa; existência de integrante(es) acometido(os) de doenças incapacitantes ou que demandam cuidados continuados, cujo tratamento é realizado no âmbito da saúde pública, que como sabemos impõe barreiras que vão desde a dificuldade no acesso aos serviços a falta de insumos básicos como medicamentos – o enfrentamento ou rompimento com esses relacionamentos abusivos, para a mulher especialmente e, por questões histórico culturais, representa uma sobrecarga penosa. Com o afastamento do membro familiar “opressor”, a mulher passa a administrar integralmente demandas familiares antes compartilhadas como alimentar, cuidar da saúde e da educação dos filhos menores de idade, assumindo quase que exclusivamente a provisão doméstica responsável pelo funcionamento da casa. Tarefa de difícil execução num contexto de frágil ou insuficiente suporte familiar, comunitário e no âmbito das políticas sociais.

---

<sup>11</sup> Sobre o Programa Bolsa Família e um maior aprofundamento quanto as suas condicionalidades, sugerimos consultar no capítulo III (Seção 4.1), as análises referentes a tabela 4.1.7.

Quando tratamos das famílias monoparentais<sup>12</sup>, especialmente aquelas chefiadas por mulheres, há que se considerar seus vínculos para além das fronteiras da casa e suas estratégias de sobrevivência em rede de relações. Essas redes vêm se redesenhando de forma acelerada na contemporaneidade, alcançando para além da unidade mãe-filhos ou pai-filhos, a família extensa, o compadrio e a vizinhança. Fenômeno denominado de “circulação de crianças” e que emerge em decorrência da situação socioeconômica, mas também como prática cultural entre os pobres, segundo Fonseca e Sarti *apud* Vitale (2002). Esses laços vão se tecendo no cotidiano dessas famílias com a forte presença de personagens como avós, tios e madrinhas no dia-a-dia de crianças e adolescentes, cujas mães, pela necessidade de inserção na esfera da produção passam a deixá-los aos cuidados desses atores em espaços que podem ser protetivos, mas que também podem se constituir, como majoritariamente apontam inúmeras pesquisas, em *lócus* de desproteção.

Eu consegui criar meus filhos porque todo mundo me ajudou. Quando eles eram pequenos, um ficava com a madrinha, os outros com as vizinhas para eu poder trabalhar. Teve até gente que me perguntou se eu não queria dar um deles. Meu pai e meu irmão também se ofereceram para ficar com alguma das minhas crianças, mas eles moram em outro estado. Eu cheguei a pensar, mas não quis me separar das crianças: só se um dia a situação ficar muito difícil<sup>13</sup> (VITALE, 2002, p. 52).

A fala dessa mãe ilustra com propriedade o cotidiano desafiador e sofrido de muitas mulheres que assumem exclusivamente a criação dos filhos, a partir da saída do outro cônjuge do convívio familiar. Desafio que se insere no rol das mudanças em curso na sociedade contemporânea, das quais Szymanski (2002) destaca a entrada da mulher no mercado de trabalho. *Pari passu* a essas transformações, a autora também evidencia outra constatação, a de que a sociedade tem trabalhado na perspectiva de elaborar novas alternativas de atenção à família e, em todas as

---

<sup>12</sup> Famílias monoparentais ou lares monoparentais, segundo Vitale (2002, p.46-47)), “[...] são aqueles em que vivem um único progenitor com os filhos que não são ainda adultos.” Ao citar Nadine Lefaucher, Vitale afirma que “a expressão ‘famílias monoparentais’ foi utilizada na França, desde a metade dos anos setenta, para designar as unidades domésticas em que as pessoas vivem sem cônjuge, com um ou vários filhos com menos de 25 anos e solteiros.”

<sup>13</sup> Trecho extraído do artigo *Famílias monoparentais: indagações*; de Maria Amalia Faller Vitale, citado em nossas referências. Transcreve a fala de uma mulher de 30 anos, pobre, com três filhos entre sete e dez anos.

camadas sociais. E assevera já não ser mais da família “o monopólio da socialização da criança” (*Ibid.* p. 23).

A família monoparental entra para o ordenamento jurídico brasileiro no Artigo 226 da Constituição Federal de 1988, que em seu parágrafo 4º expressa: “*Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.*” Note-se que ao inserir tal arranjo familiar na letra da lei, o legislador, sensível aos novos costumes sedimentados pela sociedade, assume que o modelo prevalecente pai-mãe-filhos convivendo no mesmo lar coexiste ao lado de outros tipos do que se convencionou denominar de família, adquirindo, portanto legitimidade em seu reconhecimento e conseqüente inclusão no âmbito do acesso a direitos.

No Brasil, houve nesses arranjos um crescimento acentuado, passando de 10,4 milhões em 2001 para 13,3 milhões em 2015; com 87% das chefias sendo femininas e, apenas, 13% masculinas (CAVENAGHI e ALVES, 2015).

Retomando o debate no que tange ao componente classe social em sua estreita relação com o fenômeno da violência, a partir da afirmativa trazida por Szymansky (2002), de que nas famílias pobres a ideologia dominante do uso da força é reproduzida na criação dos filhos, que respondem com obediência e subordinação, dentro de um sistema interno hierarquicamente delimitado; fazemos aqui uma ressalva, no que se refere ao uso do poder do mais forte sobre o mais fraco que, ao nosso ver, não foi e não é exclusivo dessas famílias, visto que famílias de médio ou alto poder aquisitivo não estiveram e não estão imunes à influência do patriarcado. Dito isso, é importante pontuarmos que a reação humana diante da força imposta por parte de quem detém maior poder numa relação interpessoal é atravessada por elementos que não se limitam ao viés de classe, como aqueles de natureza subjetiva, podendo resultar em reações que vão da obediência à insurreição, independentemente da classe social a qual o sujeito pertença.

Encontramos em Faleiros (1998, p.48) uma reflexão interessante sobre a relação pobreza *versus* violência, com ênfase na violência do tipo sexual que envolve crianças, adolescentes e famílias cooptados por redes organizadas de exploração sexual. Para esse autor, a pobreza

[...] não é o determinante da violência, mas em suas entranhas gesta-se um processo cumulativo de fragilização social que condiciona a

trajetória de grande número de crianças e adolescentes privados de comida, de casa, de escola, com acentuação das relações violentas intrafamiliares, também facilitadas pelo alcoolismo e pela promiscuidade, pelo desemprego e pela frustração social.

Partícipes de um processo de aliciamento, essas famílias, geralmente expostas à violência em seu cotidiano, associado a descrença em cenários que apontem perspectivas de mudanças significativas de vida, com acesso qualificado a serviços de Saúde, Educação, Assistência Social, Saneamento Básico, Moradia, Geração de Emprego e Renda; acabam por expor e disponibilizar os corpos de suas crianças e adolescentes, “mercadorias” valorizadas e que auferem vultosos lucros a grupos organizados<sup>14</sup> e que se alimentam dessa atividade ilegal, desumana e imoral, em cenários nacional e internacional.

É, portanto, nesse sentido que concordamos com a tese de que a pobreza se constitui em elemento potencial para a vulnerabilidade e o risco social de crianças e adolescentes. Sendo na ausência de um Estado provedor, com políticas sociais estruturantes que a violência se faz e gesta as bases de sua reprodução, atingindo de modo mais cruel, devastador e impactante aos mais desafortunados, sujeitos historicamente excluídos dos processos decisórios e do acesso aos bens socialmente produzidos. Nesse aspecto, ao analisarmos o fenômeno da violência, não podemos desconsiderar que

“[...] há aspectos do contexto social e econômico que transcendem o comportamento individual ou familiar, atuando em toda uma comunidade ou grupo social e agindo sobremaneira na vida de crianças e adolescentes e de suas famílias [...]” (BRASIL, 2010, p. 22).

### **2.3 A Família como *Lócus* de Intervenção do Assistente Social: Uma análise crítica**

Outro exercício importante, é sairmos do ciclo vicioso de centrarmos a crítica na culpabilização das famílias pobres, rotulando-as como negligentes, coniventes, pervertidas, preguiçosas, inconsequentes, e tantos outros adjetivos a essas

---

<sup>14</sup> Esse mercado se alimenta da exploração do corpo de diferentes formas: compra e venda de crianças, leilões de virgindade, pornoturismo, bordéis, tráfico, pornografia. Usam-se hotéis, motéis, agências de turismo, rede de tráfico, internet, “agentes da noite”, centros de diversão, comércio de saunas e massagens, pontos de bares e restaurantes, funcionários de empresas, policiais (FALEIROS, 1998, p. 47).

atribuídos. Miotto (1997) alerta para a interferência desses estereótipos no modelo assistencial adotado no atendimento a famílias pelos profissionais que com essas atuam nas diversas instituições.

Para a autora, ao desconsiderar a família como um fato cultural, historicamente condicionado, esses profissionais acabam por naturalizar as suas relações e trabalham com estereótipos de ser pai, ser mãe, ser filho, desvalorizando suas singularidades no interior de cada núcleo e fora dele. Ainda de acordo com Miotto, essa compreensão naturalizada e homogênea da família pode resultar na ausência de abordagens diferenciadas e capazes de atender as reais necessidades das famílias. Ela destaca, em sua discussão, a importância em considerar a diversidade de arranjos familiares existentes em nossa sociedade e os impactos causadores de estresse familiar que advém do meio extrafamiliar: desemprego, migrações, empobrecimento.

A rígida divisão de papéis e trabalho, opondo a esfera produtiva à esfera reprodutiva, coloca no senso comum, como modelo de família “normal”, os homens como provedores e as mulheres como responsáveis pela esfera doméstica, numa composição familiar onde moram na mesma casa: pai, mãe e, preferencialmente, (nos dias atuais), dois filhos. Sabemos, sem precisar recorrer a nenhum estudo mais aprofundado, que este modelo não corresponde à realidade [...] (CARLOTO, 2005, p. 4).

É na ausência de uma abordagem profissional capaz de considerar as múltiplas dimensões da vida, incidentes sobre a situação-problema trazida pelo sujeito que busca ajuda institucional, que os estereótipos familiares ganham corpo, ganham nome, se convertendo em discriminações contra pretos, pardos, índios, gays, lésbicas, pobres, velhos, pessoas com deficiência, egressos do sistema prisional, desempregados, usuários de drogas ilícitas, adolescentes em conflito com a lei, sujeitos cujas existências se buscou confinar na perspectiva de higienizar e tirar de circulação para poder passar sem serem importunados ou contaminados os “homens e mulheres de bem” na passagem do Antigo Regime para a sociedade moderna, esses devotados do trabalho, da ordem e da moralidade.

Ilustrativa da atuação profissional ante descrita situamos entre outros profissionais, os assistentes sociais e seus famigerados relatórios<sup>15</sup> descritivos de

---

<sup>15</sup> Os relatórios, assim como as entrevistas e as visitas domiciliares, são exemplos de instrumentais técnico-operativos do Serviço Social, empregados pelo assistente social em seu exercício profissional.

cenários e sujeitos, usuários das políticas sociais focalizadas na extrema pobreza, especialmente aqueles abrangidos pela proteção social básica e especializada. Documentos quase sempre de cunho descritivos, estigmatizantes, padronizados e superficiais, na medida em que pouco investem na correlação entre as situações-problemas identificadas e suas relações orgânicas com a política macroeconômica adotada em curso e seus consequentes impactos na vida social.

Pela inabilidade em realizar necessárias conexões entre as manifestações da *questão social*<sup>16</sup> – desemprego, abuso sexual, uso abusivo de álcool, analfabetismo, fome – e as múltiplas crises econômicas, típicas do sistema capitalista de produção, as quais atingem as famílias, incidindo sobremaneira contra as mais empobrecidas, esses profissionais passam a adotar condutas focadas no enquadramento e na culpabilização daqueles que deveriam estar nesses espaços de acesso a direitos sociais legítimos vivenciando possibilidades de superação de desigualdades, de mudanças nos modos de ser e viver a partir de modelos assistenciais e de atenção condizentes com o paradigma da “cidadanização”. Concordamos com Mioto (1997, p. 126) ao afirmar que “[...] como estão organizadas, as políticas sociais não incluem a ideia da família como uma totalidade [...]”. Nesse sentido, não podemos renunciar à “[...] presença ativa do Estado em prol da defesa e da proteção da população e [ao] monitoramento no cumprimento de leis de proteção aos direitos da criança e do

---

Ferramentas legítimas e que devem ser utilizadas na perspectiva da garantia e ampliação de direitos socioassistenciais dos usuários abrangidos pelas diversas políticas sociais. Não pretendemos aqui fazer uma crítica a ferramenta em si, visto que o relatório é um documento importante de registro de informações e fatos da vida dos indivíduos ou grupos; mas, convidar o leitor a refletir sobre a importância da sua utilização para subsidiar ações e tomadas de decisão em favor dos interesses legítimos desses sujeitos, sem discriminá-los ou estigmatizá-los em razão de suas heterogêneas inserções ou múltiplos arranjos na esfera privada. Nesse sentido, os instrumentais técnico-operativos deverão estar conectados a dimensão ético-política e teórico-metodológica da Profissão.

<sup>16</sup> A expressão “questão social”, segundo Netto (2001) não é semanticamente unívoca e, em torno dela, registram-se compreensões diversificadas e atribuições de sentido muito diversas. O sentido a ela atribuído nesse trabalho se apoia nas considerações de Netto, no marco da tradição teórico-política marxista em que se filia o autor, sendo, portanto, assim entendida como expressão que passou a ser utilizada na terceira década do século XIX para designar a tensão instaurada pelos interesses antagônicos entre a classe trabalhadora, pauperizada pela onda industrializante iniciada no século XVIII na Europa Ocidental, e a classe burguesa. Nesse sentido, concordamos com Netto quando afirma que a “questão social” está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração.

O assistente social trata cotidianamente com as manifestações imediatas da “questão social”, ao lidar com as demandas trazidas pelos usuários aos espaços socio ocupacionais onde esse profissional atua, frente às conjunturas econômicas adversas e seus rebatimentos na vida concreta e nas subjetividades dos sujeitos sociais. Isso posto, concordamos com Robaina (2010) ao afirmar que “[...] “o que justifica a existência do Serviço Social como especialidade no mundo do trabalho é a questão social. É desse lugar que o assistente social está legitimado frente ao empregador e aos usuários de seu serviço” (*Ibid.* p. 145).

adolescente pelos órgãos responsáveis e pela sociedade civil [...]” (BRASIL, 2010, p.23).

Segundo Donzelot (1980, p.87) essa presença do Estado no final do século XIX se deu pela instauração do mecanismo da tutela, “[...] intervenção estatal corretiva e salvadora, mas às custas de uma despossessão quase total dos direitos privados [...].” Se a família não consegue dar conta de seus membros mais frágeis e deixa vir à tona suas carências sanitárias, econômicas, educativas; nós, o governo, faremos os investimentos necessários para torná-la esse lugar salubre, ordeiro, afetivo e moralmente favorável à criação e a vigilância das crianças. E vós, em troca, nos autorizarão a vos destruídes como “ilhas de resistência” na instauração dos procedimentos de controle social. Dispositivo de “[...] despossessão quase total dos direitos privados, [pela via da] renúncia à questão do direito político por meio da busca privada do bem-estar” (*Ibid.* p. 89).

Chamando a responsabilidade para a nossa categoria, a partir das considerações até aqui explicitadas, faço um convite à reflexão no tocante a prática profissional dos profissionais de Serviço Social, inseridos nos variados espaços socio ocupacionais, como por exemplo nas políticas públicas de Saúde (a qual integro), Assistência Social, Educação, no que se refere as nossas leituras frente às diferentes realidades que se apresentam na vida dos sujeitos; nossas posturas e intervenções acionadas diante das heterogêneas formas de organização familiar que se explicitam no contato com os usuários que buscam através dessas políticas acessar direitos sociais. Estaríamos nós, assistentes sociais, reforçando padrões socialmente aceitos e apregoados em nossa sociedade, de forma acrítica e descomprometida com a singularidade dos sujeitos e diversidade das famílias ou estaríamos efetivamente contribuindo para situá-los socialmente, fomentando possibilidades de reflexão e superação de formas arbitrárias e impositivas que os rotulam e buscam enquadrá-los para a consolidação de um sistema de exploração e opressão?

Concordamos com Freitas, Braga e Barros (2011) quando apontam que o julgamento e o preconceito, que habita dentro de nós, devam dar lugar a um olhar que busque o conhecimento e a desnaturalização daquilo que é familiar. Para as autoras esse é um salto fundamental para que o assistente social consiga lidar com realidades diferenciadas.

Está na ordem do dia aos profissionais de Serviço Social (e não exclusivamente a essa categoria); mas especialmente refiro-me a ela, pelo projeto ético político ao

qual se vincula e por estar falando de meu lugar de referência na divisão sociotécnica do trabalho; despirem-se de conceitos engessados sobre os usuários, suas formas de inserção e organização sociofamiliar, afinal, como afirma Leser de Mello *apud* Carloto (2005 p. 4) “[...] qualquer análise conceitual da família não pode ignorar os preconceitos e nem lhes dar voz.”

No próximo capítulo discutiremos de modo amiúde acerca do fenômeno da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes no contexto da surgente sociedade moderna, nos moldes do sistema capitalista de produção. Articulando e sequenciando a discussão com um debate sobre o que Estado brasileiro, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988, tem priorizado e definido como políticas de enfrentamento da problemática, tanto em relação à vítima como no trato com os autores dos atos abusivos.

### 3 CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA SEXUAL<sup>17</sup> CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ONDE ESTÁ A (DES) PROTEÇÃO?

#### 3.1 O Abuso e a Exploração Sexual: A “Infância em Perigo” e o *Lócus* da (Des) Proteção

“Nesse dia ele falou pra mim: Vamos brincar [...]. Eu não entendi. Ele me apertou e me abraçou. Só que eu não entendi nada. Ele começou a fazer cócegas e daí começou a tirar a minha roupa [...]. Não quero, não quero brincar. Ele pôs a mão na minha boca e fez o ato. Ele praticou comigo a força e eu chorando porque eu não queria mais brincar [...]. Eu, na verdade não conseguia entender nada [...], não sabia se era certo. Com oito anos, mas eu não sabia se aquilo era certo [...]” (DESUMANIDADES, 2016).

Nesse fragmento de fala, extraído do Documentário “*Desumanidades – cinco relatos sobre violência sexual*”<sup>18</sup>, podemos observar que a criança abusada se encontra em estágio de desenvolvimento que não lhe permitia compreender com clareza o que estava acontecendo. Confusão possivelmente reforçada pelo fato do autor dos abusos ser o seu pai, pessoa de quem ela esperava atitudes de cuidado e proteção.

A ação desencadeada a partir da ordem do pai, provém de alguém que é reconhecidamente mais forte, portanto, não se questiona, obedece-se. Resistir, lutar, não resultaria em êxito, tendo em vista que

É próprio da ordem que ela não admita nenhuma resistência [...]. Faz parte daqueles componentes da vida que são impostos, ninguém a desenvolve em si próprio [...]. Provém, pois, de algo estranho àquele

<sup>17</sup> Adotamos como conceito de *violência sexual* o mesmo adotado pelo Ministério da Saúde, segundo o qual “violência sexual: é 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 psicosssexual 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, 2004 *Apud* BRASIL, 2010, p. 33).

<sup>18</sup> Esse Documentário compõe uma coleção de histórias de vida do Museu da Pessoa, composta pelos depoimentos de 46 jovens, com idades entre 16 e 21 anos e que sofreram violência sexual. Eles participaram do Programa ViraVida, criado em 2008 pelo Conselho Nacional do Serviço Social da Indústria - Sesi. Os depoimentos foram gravados em 19 cidades do Brasil em 2011.

que a recebe, [sendo] percebida como algo alheio [...] (CANETTI, 1995, p. 304-305).

E o autor acrescenta:

Os destinatários mais afetados pelas ordens são as crianças [...]. Que, mais tarde, e com crueldade em nada menor do que a [de seus educadores], elas façam o mesmo com seus próprios filhos, é algo tão natural quanto o comer e o falar. Sempre surpreendente permanece, contudo, a integridade com que as ordens se preservam desde a mais tenra infância: quando a geração seguinte fornece suas vítimas, elas estão já a postos [...]. A força com que as ordens chegam às crianças, a tenacidade e fidelidade com que ela as preserva não constituem um mérito pessoal [...]. Criança alguma, nem mesmo a mais comum dentre elas, esquece ou perdoa qualquer das ordens com as quais a destratarem (*Ibid.* p.306).

Uma criança vítima de abuso sexual tem uma maior probabilidade de vivenciar novas experiências abusivas em suas relações interpessoais, podendo reproduzir, dessa forma, o padrão de violência anteriormente sofrido. “A ‘espora’, por assim dizer, que faz com que as pessoas busquem atingir uma coisa ou outra é a profunda necessidade de livrar-se das ordens um dia recebidas (*Ibid.* p. 306).”

[...] quando o autor do abuso sexual infantil é o pai biológico e, assim, se configura o incesto<sup>19</sup>, esse pai abusador impõe a lei do seu desejo e transgredir a lei cultural que proíbe o incesto, traíndo, dessa forma, a confiança da criança. A criança passa a viver uma situação traumática e conflituosa, permeada por diferentes sentimentos como o medo, a raiva, a culpa e o desamparo. Esse tipo de abuso é o mais frequente, mas é também aquele cujo diagnóstico é o mais difícil de ser feito. Isso se deve ao fato de a família aparentemente viver uma vida adaptada socialmente, mas com confusões de papéis sociais e psicológicos por parte dos pais (ARAÚJO, 2002, *apud* NEVES *et al.*, 2010, p. 105).

O “agressor” do imaginário infantil é aquele que ataca, agride, assusta, viola, amedronta, impõe medo. Essa caracterização não condiz, na maioria dos casos, com a apresentada em pesquisas que tratam do tema da violência que acomete o público infanto-juvenil. Em se tratando de violência sexual contra crianças e adolescentes, veja o que diz Pryor (1996) *apud* Faleiros (1998 p. 54):

---

<sup>19</sup> Incesto é a denominação do abuso sexual intrafamiliar. Há cinco formas de relações incestuosas: pai-filha; irmão-irmã, mãe-filha, pai-filho, mãe-filho (SEABRA & NASCIMENTO, 1998, *Apud* Neves, 2010). Concordamos com Neves quando chama atenção para a necessidade de ampliar o conceito e compreender que o abuso sexual praticado por avós, tios, padrastos, madrastas e primos também se configura como uma relação incestuosa.

O surpreendente é que esse abusador pode ser qualquer um, pois se parece com o homem comum: são, na maioria, casados, com religião, empregados, de várias profissões. Tem, no entanto, idade maior que a da vítima, é reincidente, tem preferência por meninas, tem envolvimento há mais de dois anos (40%), e, na maioria, é próximo, por parentesco, à pessoa vitimizada.

Dentre os autores dos abusos contra crianças e adolescentes, em suas relações interpessoais, é possível identificar pais, mães, padrastos, tios, avós, irmãos mais velhos, cunhados, primos, vizinhos, padrinhos, amigos da família, pessoas com relação institucional, a exemplo de cuidador, autoridade religiosa ou professor, dentre outras com quem a criança ou sua família possua relação de confiança, afinidade ou afetividade.

De acordo com dados divulgados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (2005), contidos no relatório *Situação Mundial da Infância* a estimativa é de “[...] que 275 milhões de crianças no mundo são vítimas de violência intrafamiliar [...]”. O documento aponta dados estatísticos de estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) segundo os quais “[...] 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos com idade inferior a 18 anos já sofreram relações sexuais forçadas ou alguma outra forma de violência sexual ou física” (NEVES *et al.* 2010, p. 103).

Ora, se a criança, sobretudo aquela que ainda se encontra nos anos iniciais da vida, não tem diante de si um estranho ou alguém com aparência amedrontadora, típica das histórias que ouvira sobre “bicho papão”, o “velho do saco” e, tantas outras que circundam o nosso folclore e o imaginário infantil, estamos diante de um fator que contribui para a dificuldade em identificar e romper com os atos abusivos, uma vez que a criança estaria diante de pessoa que à priori lhe inspiraria confiança e a de seus pais ou responsáveis, quando esses não forem eles próprios os perpetradores das violências ou coniventes diante das situações abusivas.

De acordo com dados publicados pelo Atlas da Violência 2018, temos que em se tratando de estupro de “menores”, quase um terço dos agressores das crianças e adolescentes (até 13 anos) são amigos e conhecidos da vítima e outros 30% são familiares mais próximos como pais, mães, padrastos e irmãos. Além disso, quando o perpetrador era conhecido da vítima, [em] 54,9% dos casos trata-se de ações que já vinham acontecendo anteriormente e 78,5% dos casos ocorreram na própria residência.

Dados do UNICEF ratificam ainda a afirmativa que aponta para o ambiente doméstico como lugar privilegiado para a ocorrência dos abusos (NEVES *et al.* 2010).

Os números até aqui apresentados, nos levam a concluir que a família que tem o papel da proteção, também concorre para a desproteção e, a casa, consagrada como lugar do abrigo e do cuidado também se configura como ambiente de risco para nossas crianças e adolescentes, lugar da proteção e da desproteção. Essa constatação revela a face mais cruel da família, descortinando o véu que por séculos lhe atribuiu o lugar do sagrado.

Com relação ao local onde ocorrem o maior número de relações abusivas contra crianças e adolescentes, vejam o que nos acrescenta Faleiros (1998), p.44

A chamada violência doméstica é equivocadamente definida pelo “locus” onde se realiza: a casa. Em realidade ela é resultado de relações de poder [...]. Esse poder não se expressa somente no uso da força de adulto, de mais velho, mas também pelas artimanhas da sedução, da persuasão e do uso do imaginário, de tal forma que a criança vitimizada pareça uma preferida [...]. A vitimização inverte a relação de proteção em relação de prejuízo para o outro, causando-lhe trauma.

Nesses casos, o autor dos abusos se vale da intimidade e das reservas que o ambiente doméstico favorece e assim executa suas investidas, em momentos estrategicamente calculados, geralmente quando a vítima se encontra sozinha em casa, apenas sob sua companhia. Também é muito comum molestarem as crianças quando todos os membros da família já tenham se recolhido para o repouso, dessa forma conseguem manter o pacto do silêncio, sob, na maioria dos casos, ameaças e/ou barganhas, presentes e favores em troca da manutenção do silêncio.

Com medo das consequências da revelação do que considera “segredo”, a criança teme pela sua vida e pela vida das pessoas a quem ama e quer proteger, também tem receio de ser culpabilizada pela situação vivenciada, ser apontada como sedutora; fatores que contribuem para manutenção do sigilo durante muito tempo, até anos, em casos de abusos. Conseguir quebrar com esse ciclo é muito difícil para quem está vivenciando situação de violência, especialmente em se tratando de pessoas em peculiar estágio de desenvolvimento, como é o caso de crianças e adolescentes. Sendo as primeiras ainda mais vulneráveis que as últimas, dada sua maior fragilidade física e emocional.

O ambiente familiar é o que mais pode proteger ou expor crianças e adolescentes à violência. Em muitas famílias, a violência é uma forma de comunicação, com este padrão de convivência vindo inclusive de gerações anteriores. Este cenário é muito prejudicial ao desenvolvimento da criança e do adolescente (BRASIL, 2010, p. 22).

Mas nem sempre o local da moradia, a casa, foi esse lugar da intimidade a que as sociedades industriais e pós-industriais estão acostumadas, com espaços delimitados a partir da funcionalidade de cada um de seus cômodos. *Ariès* afirma que é no fim do século XVII e início do XVIII que as famílias farão a transição do espaço da vida coletiva, da rua, da praça, para uma nova organização do espaço privado, preparado para o recolhimento, a intimidade. O que só foi possível, graças a arquitetura do século XVIII e, conclui ser esse espaço reservado a intimidade o impulsionador de um novo sentimento de família (*ARIÈS*, 1981).

É possível concluir que a partir da época acima descrita, a criança vivendo “livre” nas ruas, misturada aos adultos e aprendendo com eles seus ofícios, se por um lado a introduzia desde tenra idade ao universo dos adultos e, por conseguinte, a toda sorte de exposição, por outro favorecia sua vigilância, pois estava sempre rodeada de muitos expectadores. Realidade que foi se transformando, sobretudo a partir do final do século XVIII, quando as famílias passaram a atuar no “processo de moralização dos homens”, acionada pela Igreja, pelas leis e pelo Estado e, que contou com a valiosa colaboração da escola como o lugar da aprendizagem.

Para Badinter, (1985) a família até a primeira metade do século XVIII não privilegiava o cuidado e a proteção à criança, em detrimento dos interesses e necessidades dos demais membros da família. O exercício da “maternagem” pela mulher em nada se assemelha ao modelo atual, fosse ela nobre ou pertencente às classes populares. Segundo a autora, a ideologia dominante da época colocava o homem, o marido, como centro prioritário da família sendo, portanto, normal que a mulher se ocupasse dos interesses deste em detrimento às demandas dos filhos, quando não dos seus próprios interesses pessoais, como frequentar a ópera e o teatro, por exemplo. Na verdade, a criança do século XVII e de parte do século XVIII não tinha significância e, ocupar-se dela, era algo constrangedor, deselegante,

insignificante. Realidade que começa a ganhar novos contornos por volta dos anos 1760-1770.<sup>20</sup>

O sentimento desprezível da infância no período ante mencionado estava calcado em valores ideológicos e religiosos que fundamentaram a disciplina e a pedagogia da época, sendo o pensamento de Santo Agostinho um dos mais influentes e duradouros. Para o teólogo, assevera Badinter, a criança é naturalmente corrompida pelo mal e uma “educação” repressiva para corrigir seus vícios era totalmente justificada e incentivada (*Ibid.*).

Essa doutrinação em torno do disciplinamento corretivo e da autoridade do adulto influenciou e até os dias atuais influencia no estabelecimento de padrões de interação interpessoal entre crianças, adolescentes, jovens e adultos; imputando aos mais jovens a sujeição e a obediência, apesar dos novos modelos nos padrões relacionais entre as gerações, inaugurados com a modernidade.

Ao estudar as relações familiares na atualidade, apontando aspectos que configuram a infância e a adolescência na sociedade contemporânea e a especificidade no que diz respeito à relação destes com o adulto, temos em Salles (2005, p. 38) que:

Hoje, há uma maior liberdade e autonomia para os jovens e uma diminuição da autoridade e controle paternos. Os métodos autoritários e diretivos de educação são criticados. Procura-se minimizar as diferenças entre as gerações e evitar que a criança seja lembrada pela imaturidade e dependência. Exalta-se a juventude, [...] com os pais perdendo a autoridade [...] e a criança, o adolescente e o jovem querendo apenas ter direitos.

A autora concorda com *Àries* (1981) quanto ao processo de separação das idades da vida na Idade Média, quando as tarefas antes comuns a todos passaram a ser distintas, fazendo com que crianças e adolescentes fossem apartados de certas atividades, consideradas apropriadas para adultos. E situa esse mecanismo de separação como pertencente ao processo de socialização imputado à criança e ao adolescente pela sociedade moderna, a qual espera autonomia, independência e

---

<sup>20</sup> “Data dessa época o aparecimento de uma floração de obras que [instigaram] os pais a novos sentimentos e particularmente a mãe ao amor materno [...]” O marco que representou o verdadeiro impulso inicial a esse sentimento da família moderna, da família fundada no amor materno foi a obra de Rousseau, intitulada *Émile*, datada de 1762 (BADINTER, 1985, p. 54).

autocontrole desses sujeitos ao fim do processo, ou seja, ao atingirem a maturidade própria do adulto.

Consideramos importante pautar a categoria direito, enquanto conquista histórica dos sujeitos sociais que ao longo de séculos ocuparam a posição de sujeitados, de insignificantes, de desprovidos de especificidade e, portanto, de cidadania. Crianças e adolescentes por muito tempo não tiveram relevância social e nossa defesa deve convergir para que os avanços até aqui conquistados não sejam confundidos com tentativas de destituir a autoridade dos pais, sob pena de estarmos incitando a compreensão equivocada de que existe uma relação de polaridade ou uma disputa de poder entre pais e filhos, de modo que na proporção em que os direitos de crianças e adolescentes avançaram, os pais foram perdendo sua autoridade.

Defendemos que as mudanças que inauguraram formatos mais igualitários, participativos e democráticos entre as idades da vida, devam ser incentivadas e apontadas como avanços do processo civilizatório da sociedade e, qualquer esforço teórico que caminhe na contramão desse reconhecimento, pode implicar em retrocessos e perdas irreparáveis.

Ao correlacionar a perda de autoridade dos pais a escalada ascendente da criança, do adolescente e do jovem no campo da conquista e usufruto de direitos, Salles (2005) incorre em erro analítico, induzindo o leitor menos atento a superficialidade e a unilateralidade do fenômeno analisado.

Uma categoria importante para aprofundar o debate suscitado pela autora seria o componente classe social. De que lugar a criança, o adolescente e o jovem de sua análise falam? Essa criança que “[quer] apenas ter direitos” é a criança pertencente a estrato social mais abastado, que consome bens e serviços disponíveis aos que podem acessá-los sem maiores dificuldades ou estaria a autora se reportando, por exemplo, àquela criança que é explorada sexualmente em um ponto qualquer das nossas rodovias, para poder assegurar que no dia seguinte terá renda para garantir o pão e o leite que irá alimentar seus irmãos menores? A autora não faz o recorte de classe necessário, colocando a infância em lugar comum, quando sabemos que esses sujeitos sociais estão separados em duas macro categorias distintas, os protegidos e os desprotegidos. Os que estão na escola e os que estão fora dela, os que tem garantido pelo menos três refeições diárias em quantidade e qualidade recomendadas e os que estão a disputar uma refeição com tantos outros famintos em um lixão qualquer desse tão paradoxal, extenso e diverso país, onde

coexistem a abundância para uma minoria privilegiada e a escassez daquilo que consideraríamos basilar para uma maioria de desprovidos de direitos.

Na sociedade contemporânea não existe um só padrão de infância ou de adolescência, embora alguns aspectos lhes sejam comuns. Todos esses sujeitos passarão por transformações biológicas semelhantes que lhes agrupam em distintos ciclos de vida, todos estarão sob a tutela de uma legislação que reconhece seu peculiar estágio de desenvolvimento; todavia os critérios cronológico/ biológico já não conseguem abarcar a multiplicidade de transformações em curso, fruto da aceleração/ velocidade dos novos tempos, de mudanças na base das relações interpessoais e nos padrões de comunicação e de consumo. Nesse sentido, há que se considerar não só os aspectos que une crianças e adolescentes, que os identificam, que os caracterizam; mas aqueles que os separam, distinguem, categorizam, isolam, subdividem; como a categoria classe social. Desconsiderá-la é incorrer em erro preocupante.

Para ilustrar a problemática da exploração sexual no Brasil, apresentamos a seguir os números do 6º Mapeamento de Pontos Vulneráveis à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Rodovias Federais Brasileiras.

O mapeamento foi realizado pela Polícia Rodoviária Federal (PRF) entre os anos de 2013–2014. No período foram identificados 1969 pontos vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes nas rodovias brasileiras. Destes, 566 são considerados pontos críticos, o que corresponde a 29%<sup>21</sup>. As ações de mapeamento percorreram em torno de 65.000 quilômetros de rodovias e estradas federais, distribuídos pelos 26 estados e o Distrito Federal.

Na análise dos números por estados federados temos o Estado de Minas Gerais como o que aparece com o maior número de pontos identificados no biênio 2013-2014, com 313 pontos vulneráveis. A Paraíba aparece com 4 pontos no período e com 62 pontos no mapeamento anterior, biênio 2011-2012. Essa drástica redução

---

<sup>21</sup> Pontos vulneráveis são ambientes ou estabelecimentos onde os agentes da PRF encontram algumas das características que propiciam condições favoráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes (presença de adultos se prostituindo, inexistência de iluminação, ausência de vigilância privada, locais costumeiros de parada de veículos e consumo de bebida alcoólica). Os pontos críticos são aqueles que reúnem todas essas características associadas e são, portanto, mais vulneráveis para que a exploração sexual ocorra nesses lugares.

percentual de registro poderá estar relacionada a diversos fatores, com destaque para a “migração dos pontos”.<sup>22</sup>

Outro aspecto do mapeamento que merece destaque é o cruzamento do levantamento geográfico com índices socioeconômicos, onde o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) nas dimensões educação e renda de 470 municípios (considerados com pontos críticos e de alto risco) foram comparados. Nesses municípios há um total de 647.785 crianças e adolescentes até 14 anos não alfabetizados e evadidos da escola, o que corresponde a 15,34% do total de indivíduos até 14 anos. No tocante ao IDHM renda, constatou-se que 1.103.107 crianças e adolescente de 0 a 14 anos, que vivem nesses municípios, ou seja, 26,13% do total, vivem em famílias pobres ou em extrema pobreza, com renda per capita média de R\$ 57,81 (BRASIL, 2013 – 2014, p. 50).

Os números apresentados até aqui demonstram que a problemática da exploração sexual, diferentemente do abuso sexual, dado o seu componente mercadológico, acaba por acionar outros mecanismos de enfrentamento para o seu efetivo combate e desmonte. Como problema social multifacetado e multicausal, requer formas de enfrentamento em rede e, a ferramenta de mapeamento dos pontos vulneráveis a esse tipo de incidência se apresenta como estratégia importante se a ela forem associadas políticas públicas efetivas no campo da educação, emprego e renda, segurança pública, dentre outras.

Analisando o Artigo 227 da nossa Carta Magna, o qual estabelece ser da família, da sociedade e do Estado a competência em assegurar os direitos de crianças e adolescentes, fazemos algumas indagações, no tocante a responsabilidade da família: As políticas sociais brasileiras têm dado conta de instrumentalizar as famílias para a tarefa do prover e do cuidar? A forma como as políticas, programas e serviços são planejados e executados em nosso país são garantidores de assegurar direitos legalmente expressos? Ou não estaríamos reproduzindo o discurso da “valorização” da família enquanto *locus* da proteção, desconsiderando as múltiplas pressões sociais que sobre essas incidem, a saber: desemprego estrutural, inserções desprotegidas em postos de trabalho desqualificados ou desregulamentados, acesso restrito a

---

<sup>22</sup> Conforme levantamento realizado em 2011 pela Coordenação de Inteligência [da PRF], em alguns estados, a exemplo da Paraíba, onde houve a maior redução percentual de registros, foi detectada a “migração de pontos”. Isso significa dizer que, em algumas áreas, considerando a repressão ou campanhas preventivas, educativas e parcerias com a sociedade civil para incentivar o uso do Disque 100, houve a “interiorização” dos ambientes suscetíveis à exploração (BRASIL, 2013 - 2014, p. 31).

políticas sociais, violência e ausência de mecanismos institucionais capazes de proporcionar sensação de segurança à população.

Colocar a família enquanto centro da responsabilidade pelo bem-estar social, na perspectiva da baixa oferta de serviços pelo Estado é analisado por Campos e Miotto (2003) *apud* Miotto; Campos; Carloto (2015) ao que as autoras denominam de familismo.

Crianças e adolescentes são demandatários de um rol de necessidades para crescer e se desenvolver plenamente em todas as dimensões da vida: precisam ser alimentadas, ter acesso a escolarização, a serviços de saúde, esporte, cultura e lazer, serem assistidas afetivamente pelos que com eles estabelecem laços de afinidade e afetividade, enfim, necessidades que em muito superam a dimensão biológica, que é condição de manutenção da vida. Nesse aspecto, Guerra traz a seguinte consideração:

[...] a família atravessa uma intensa crise que a desqualifica como elemento protetor da criança [...] percebe-se que existe todo um movimento de preocupação com a criança, imputando à família uma série de responsabilidades sobre ela. Defendem-se os direitos da criança, mas a própria sociedade os solapa, uma vez que o reconhecimento destes direitos implicaria modificações no seio da família e da sociedade, tendo em vista que criança-família-sociedade se constituem numa trindade intimamente ligada. A criança não pode ser entendida como uma entidade isolada, ela pertence a um núcleo familiar, sofrendo múltiplas determinações socioeconômicas, impostas por sua vez pelos modos de produção vigentes em cada sociedade (GUERRA, 2008, p. 95).

Não se pretende aqui sugerir a desresponsabilização da família, no tocante ao provimento dos cuidados aos seus membros, mas chamar atenção do leitor para a centralidade das políticas sociais na família, enquanto estratégia de transferência das responsabilidades do setor público, especialmente para as mulheres, que culturalmente são as mais requeridas a assumir os encargos para com o cuidado dos demais integrantes da família, sobretudo para com crianças, pessoas com deficiências e idosos.

Nas instituições e nos mais variados espaços públicos ou privados da sociedade é comum nos depararmos com posturas de pré-julgamentos e culpabilizações dirigidas às famílias, as quais são requeridas a mobilizarem até os recursos dos quais, em muitos casos não dispõem, enquanto que as instituições, o

Estado, os poderes legalmente constituídos para a promoção e proteção de nossa infância permanecem confortavelmente imaculados. Consciente ou inconscientemente estamos quase sempre a reproduzir padrões autoritários de dominação sobre os que julgamos mais fracos, comportamento que perpassa as relações de poder e afeta a todo o tecido social.

### **3.2 Paradigma da Patologia Sexual Versus Perspectiva Multidimensional de Enfrentamento da Problemática: Os Estigmas Patológicos da Figura do “Agressor”**

Retomando os dados publicados pelo Atlas da Violência 2018, é possível observar no documento que do ano de 2011 ao de 2016, em se tratando de vítimas de estupro no Brasil, nas diferentes faixas etárias, temos predominância de crianças e adolescentes de até 13 anos de idade. Segundo essa fonte, em 2011, ano inicial da pesquisa, o percentual foi de 50,7%, chegando a 52,6% em 2013. Nos anos subsequentes, registrou-se um pequeno declínio na casa de 2%, em média. Referindo 50,9% em 2016.

Os números são estarrecedores e reveladores de que urge a necessidade de investimentos em políticas de combate e desmonte dessa modalidade de violência em nosso país, com medidas efetivas que perpassem as diferentes áreas de atuação no fenômeno, no âmbito das políticas públicas de saúde, educação, assistência social, emprego e renda, habitação, segurança pública e, no âmbito da justiça. Como assegura Faleiros (1998), necessário se faz para que se produzam efeitos profundos e sistemáticos sobre questões vinculadas à cultura, à economia e aos padrões de convivência social; ir às raízes, erradicar.

Nessa perspectiva, em 2009, o Código Penal brasileiro deu um importante passo, sendo objeto de mudanças no que tange ao crime de estupro. Dessa feita, o crime de estupro passou a abranger todo e qualquer ato sexual ou libidinoso praticado contra o sujeito passivo – homem ou mulher. Antes, quando o crime se baseava no antigo código de 1940, só era considerado crime de estupro a conjunção carnal (ato sexual caracterizado pela introdução total ou parcial do órgão sexual masculino no órgão sexual feminino). A partir das alterações legislativas, qualquer ato libidinoso/sexual diverso da conjunção carnal passou a figurar como crime de estupro, com pena

que varia de 6 a 10 anos de reclusão, podendo chegar a 12 anos, se a vítima é menor de 18 anos. A atualização da legislação também estabeleceu sanções mais rigorosas para o praticante de estupro contra menores de 14 anos, crime tipificado como estupro de vulnerável, cuja pena é mais rigorosa por compor o leque dos crimes categorizados como hediondos (BRASIL, 1940).

Mas não basta ampliar as sanções contra as pessoas que praticam essas formas de violência se não houver esforços no sentido de oferecer-lhes ajuda profissional especializada, em serviços específicos, é o que afirma o Ministério da Saúde. De acordo com o órgão gestor da política nacional de saúde, cuidar da vítima é prioridade, mas necessário também se faz cuidar da saúde dos autores das violências sexuais. Essa decisão se dá “pela possibilidade da existência de distúrbios psiquiátricos ou psicológicos associados ao seu comportamento” (BRASIL, 2010, p. 57).

Concordamos com Faleiros (1998) quando assegura que a responsabilização dos autores dos abusos é uma das formas de combate da violência e igualmente concordamos com sua afirmativa de que “não basta responsabilizar o abusador como criminoso, pois a reincidência pode acontecer”. O autor defende a ideia de que deva haver responsabilização, mas que seja ofertado terapia aos que praticam esse tipo de violência.

A não responsabilização concorreria para um reforço à cultura da impunidade, dando a falsa impressão de que se trata de um crime menor, susceptível de perdão, diluído no interior dos acordos e consensos do universo privado da família, o que não condiz com a realidade no atual estágio de desenvolvimento da sociedade, a qual não tolera que esse tipo de crime permaneça impune.

O MS aponta para o perfil do autor da violência como um dos principais fatores para avaliar a gravidade da suspeita ou confirmação da violência contra crianças e adolescentes, vejam o que diz o órgão:

[...] as suas características, o seu perfil psicológico, o comportamento social e familiar, o histórico de violência na infância ou sua responsabilidade por outros tipos de violência, além da percepção da qualidade de vinculação que mantém com a vítima são fundamentais para evidenciar o risco que significa para a criança ou o adolescente permanecer sob sua dependência ou guarda. O conhecimento dessas situações desencadeia e orienta as medidas legais de proteção (BRASIL, 2010. p. 60).

O posicionamento assumido pelo MS condiz com o que Faleiros (1998) denominou de “paradigma da patologia sexual”. De acordo com esse modelo, os abusos sexuais estariam diretamente associados a existência de desvios individuais de condutas. Perspectiva que defende a individualização da problemática, sem considerar que o fenômeno da violência perpassa as condições econômicas e de desigualdade social, as ideologias, os sistemas culturais, imaginários e simbólicos responsáveis pela distribuição de papéis e lugares vigentes em cada sociedade.

As relações de poder manifestas entre o adulto que transgride a lei e a criança vitimizada, nessa relação desigual, expressa as relações de domínio do mais forte sobre o mais fraco, do grande sobre o pequeno, do pai sobre o filho, do homem sobre a mulher, do possuidor dos meios de produção sobre o empregado. Relações que se forjaram e se forjam pela manutenção de um pacto que inclui instituições seculares incluindo a família, a igreja e a escola e, que refletem processos econômicos, políticos, culturais e históricos em estágios determinados da vida social.

É a partir do século XIX que “[...] a sociedade vai responder à criminalidade patológica de dois modos, ou antes, vai propor uma resposta homogênea com dois pólos: um expiatório, outro terapêutico [...]” (FOUCAULT, 2001, p. 42). E o autor segue sua análise afirmando que esse conjunto institucional [formado pelas instituições médica/ terapêutica e judiciária/ punitiva] está voltado nem exatamente ao doente, nem ao crime, mas ao perigo, ao indivíduo perigoso. Sendo, portanto, esse perigo o que [permitirá] “justificar e fundar em teoria a existência de uma cadeia ininterrupta de instituições médico-judiciárias” para responder, através do exame médico-legal, não a doença, tampouco ao crime, mas para responder ao indivíduo perigoso, pervertido (*Ibid.*, p. 43).

O autor vai chamar de “infantil e ridículo” o modo como o perito psiquiatra exerce seu poder, mediante um discurso do medo e da moralização, para determinar a punição de um indivíduo ou dela participar.

Nesses discursos recortados pelo autor para ilustrar a análise de como o exame médico-legal chegava aos tribunais, é possível observarmos como funcionava esse mecanismo de patologização do crime para responsabilizar o indivíduo “perigoso”: “[...] *ele brincava com suas armas de madeira; ‘ele cortava a cabeça dos repolhos’; ‘ele magoava os pais’; ‘ele matava aula’; ‘ele não aprendia a lição’; ‘ele era preguiçoso [...]’*” (*Ibid.*, p. 45-46).

É possível notar que ao qualificar/ desqualificar o sujeito acusado de um determinado delito, “o saber judiciário cede lugar ao saber médico”. Esse último encarregado de construir imagens, discursos carregados de significados capazes de criar a caracterização de um indivíduo, do indivíduo perigoso, dizendo respeito mais ao seu contexto de existência, do que ao ato que praticou e que o conduziu ao tribunal. Em última instância o que importava era a responsabilização, a culpabilização daquele que se levava ao tribunal para ser julgado.

Azevedo e Guerra (1993), *apud* Neves (2010, p. 105) destacam duas perspectivas teóricas para explicar os determinantes que constituem a violência doméstica: A perspectiva unidimensional e o modelo interativo (multidirecional). A primeira vertente “ancora-se em um pressuposto de causalidade linear, apontando para um desvio de natureza particular do indivíduo, tendo como principiantes da causalidade os pais agressores”, o indivíduo doente, o desviante, o amoral, o pervertido. No modelo interativo, diferentes aspectos são considerados, “[...] incluindo os âmbitos sociais, econômicos, políticos, história de vida dos envolventes e as estruturas determinadas por cada indivíduo em várias e diferentes relações” (*Ibid.*).

Nos filiamos à tese de que a violência doméstica seja um problema social grave, multidimensional e multifacetado, sendo portando simplista e equivocada a perspectiva que desconsidera as múltiplas variáveis que estão entrelaçadas tanto no âmbito das subjetividades/ individualidades, quanto no universo da vida pública.

Em linha ascendente consideramos que o modelo interativo ou multidirecional aponte para perspectivas mais amplas de enfrentamento da problemática com vistas a sua superação, quando em comparação com o modelo unidimensional, todavia, concordamos com Guerra (2008, p. 194) quando elege a abordagem *histórico-crítica* como aquela mais abrangente, tendo em vista considerar não só os “[...] determinantes socioeconômicos, mas também, políticos de uma dada sociedade.

### **3.3 O Estado e suas Práticas Normativas de Proteção e de Controle: O Lugar da “Vítima” e o Lugar do “Agressor”**

Por estarem os homens se autodestruindo, eis que surge o Estado, um ente eleito por esses mesmos homens, com poderes absolutos para preservar-lhes a vida,

mediante o estabelecimento de um contrato com normas de convivência social, pois “[...] quando não existe um poder comum capaz de manter os homens numa atitude de respeito, temos a condição do que denominamos guerra; uma guerra de todos contra todos” (HOBBS, 2009, *apud* PAULA, 2016 p. 77).

A solução em forma de pacto para impedir que em sendo “o homem lobo do homem” sejam eles próprios responsáveis pela destruição da espécie humana, foi delegar ao Estado, esse ente soberano, poderes sobre seu povo. Um poder, nos dizeres de Paula (2016), perene e quase sem limites, pois trata-se do “Estado como aparelho de dominação.”

O primeiro filósofo moderno a articular uma teoria sobre a necessidade de uma organização para regular, impor limites aos homens para viverem em sociedade sem se autodestruírem foi Thomas Hobbes [1588-1679], na sua obra *Leviatã*. Outros intelectuais a exemplo de Hobbes tiveram a preocupação de eleger o Estado como objeto de análise ao longo dos tempos, cujas construções teórico-metodológicas, nas suas mais variadas formas e expressões deram sustentação ou forneceram as bases para adoção de programas de governo alinhados com esta ou aquela corrente epistemológica, na defesa de interesses quase sempre antagônicos e contraditórios das classes sociais em disputa.

Este Estado que se materializa em instituições, corporações, leis, relações de poder, que adentra a vida dos indivíduos e da coletividade e que investido de legitimidade para tal papel regulatório interfere nas relações de mercado e nas liberdades individuais, ora favorecendo a classe trabalhadora, ora os donos dos meios de produção, a depender das distintas conjunturas. Para a análise que aqui pretendemos desenvolver, trazendo para o nosso tema de pesquisa, na sua estreita relação com as formas assumidas pelo Estado no tratamento aos sujeitos protagonistas do fenômeno da violência aqui abordado, vítima e agressor

[...] interessa-nos, assim, um tipo particular de Estado, ou seja, o referido a uma formação social específica, historicamente determinada, cujas características lhe dão forma estrutural e que, de modo ainda mais específico, se referencia também a contingências conjunturais. Trata-se, pois, daquele tipo de Estado dotado de obrigações positivas que inevitavelmente o impelem a exercer regulações sociais por meio de políticas. Ou seja, o Estado em ação (PEREIRA, 2008, *apud* PAULA, 2016, p. 71).

É a partir da concepção do Estado na sua estreita relação com as políticas sociais que iremos, pois, tentar compreender o que fora construído, em termos de arcabouço normativo e práticas interventivas estatais para a proteção da vítima e a normatização/ enquadramento da figura do agressor. Qual o lugar reservado a esses distintos sujeitos sociais, com ênfase no período a partir do advento da Constituição Federal de 1988, recorte estabelecido, pela compreensão de que a partir desse evento o Brasil deu um salto significativo no que se refere ao redesenho das políticas sociais e na própria ampliação ou amadurecimento do conceito de cidadania.

Começemos, pois, por situar o Estado no desenvolvimento de práticas normativas de controle destinadas aos autores das violências perpetradas, a figura do “agressor”. Qual o lugar a esse reservado? Como o Estado, através de suas instituições e de um arcabouço legal específico, dar forma e concretude a um rol de práticas, ações, programas e políticas voltadas a sua responsabilização e recuperação?

No tocante a prática de ilícitos, sendo emblemática a violência sexual contra crianças e adolescentes nas suas modalidades de abuso e exploração, temos a concessão ao Estado do poder de encarcerar como a principal ferramenta de intervenção junto ao “agressor”.

No Brasil, ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com crianças e adolescentes menores de catorze anos, é crime, denominado estupro de vulnerável. Essa modalidade de ilícito está expresso no Artigo 217-A da Lei 12.015/2009, Código Penal brasileiro, cuja pena é a reclusão de oito a quinze anos, podendo chegar a vinte ou até mesmo trinta anos se da conduta resultar lesão corporal de natureza grave ou a morte da vítima. Nos dizeres de Silva Junior, Yamamoto e Santoro (2019, p. 81)

[...] a pena privativa de liberdade é clamada e aclamada por muitos como a sanção mais justa e necessária que se deve aplicar aos inimigos da lei e da ordem. A prisão é tomada como a instituição que representa a “pílula dourada” nos territórios da justiça penal, respondendo aos anseios por mais justiça e menos impunidade. Importa antecipar que tal justificativa é frágil e seletiva, [...].

A prisão, “pena por excelência das sociedades capitalistas”, segundo os autores ante referidos encontrara lastro em dois dos valores cultuados pela lógica do capital, a liberdade, bem supremo, distribuída (em tese) igualmente a todos e, o tempo, outro bem endeusado nesse modo de produção e reprodução social. Retirar a liberdade e quantificar o castigo em função da variável tempo (em dias, meses ou anos, conforme a penalidade aplicada) é interpretado como uma forma de reparação social, dada a crença de que o ato criminoso feriu para além da vítima, atingindo toda a sociedade. “[...] Na prática não há que se falar em reparação alguma, mas pura vingança” (*ibid.* p. 85) tratada de forma jurídica para a quitação da dívida.

Ao debate ora proposto interessa a seguinte indagação: o sistema prisional brasileiro tem dado conta de reduzir a criminalidade? Durante ou ao término do processo de privação de liberdade é possível identificar a recuperação individual? Concordamos com Silva Junior, Yamamoto e Santoro (2019) ao afirmarem que o cárcere jamais alcançou a reparação social e recuperação individual a ele delegadas. As condições deploráveis e degradantes do sistema prisional brasileiro, não só não recupera o indivíduo que incorreu na prática do delito como tem o potencial de se constituir em escola do crime, fazendo do réu primário um forte candidato a reincidências.

O tema é polêmico e controverso, pois pensar possibilidades alternativas à pena, significa não só assumir a inaptidão do sistema prisional para a promoção de indivíduos pacíficos, convivendo em uma sociedade justa, igualitária e livre de opressão, com crianças, adolescentes e jovens crescendo e se desenvolvendo em condições de dignidade e liberdade; mas, apontar alternativas possíveis e resolutivas para o enfrentamento da violência e sua escalada desenfreada. Reformar o sistema prisional ou aboli-lo? Os que concordam com Alessandro Barata (1990) *apud* Silva Junior, Yamamoto e Santoro (2019, p. 92) dirão “a melhor prisão é, sem dúvida, a que não existe”.

A humanidade chega ao século XXI com um legado de conquistas e avanços importantes, conquistamos o espaço e fomos à lua, aprendemos a decodificar o DNA (*Deoxyribonucleic Acid/* Ácido Desoxirribonucleico (ADN) em português) humano e encontramos a cura para muitas doenças, nos comunicamos com o mundo em tempo real, criamos a inteligência artificial, ampliamos sobre vários aspectos nossa capacidade racional de resolvermos problemas, mas ainda somos aprendizes em

matéria de convivermos em harmonia, livres de exploração e opressão nas relações que estabelecemos.

A prisão, criada entre os séculos XVIII e XIX na Europa como local para execução penal, substitutiva de “castigos físicos, humilhações e penas capitais” (*ibid.* p. 81), chega aos nossos tempos atravessada por problemáticas que não conseguimos resolver. Superlotação nos presídios, discriminação social, racial, de gênero e de orientação sexual, falta de acesso à assistência judiciária são alguns dos inúmeros desafios a que a população carcerária está submetida, nos levando a crença de que o atual modelo de enfrentamento à violência, no tratamento dispensado ao “agressor” se configura como uma violação aos direitos humanos, situando no campo da retórica o discurso da ressocialização e da recuperação social, propalados como valores de primeira ordem do sistema penal.

Quando o autor da violência infringida contra uma criança ou adolescente é ele próprio um outro adolescente, a política de enfrentamento por parte do Estado, no trato com o adolescente autor do ato infracional está prevista na Lei 8.069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente. Em seu Artigo 112 (incisos I a VII) estão previstas as seguintes medidas: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade; internação em estabelecimento educacional; qualquer uma das previstas no art. 101 (incisos I a VI). A lei também prevê que tais medidas deverão levar em conta a capacidade desses indivíduos de cumpri-las, as circunstâncias e a gravidade da infração.

A medida de internação em estabelecimento educacional é a única privativa de liberdade e, conforme expresso no ECA, não poderá ser superior a três anos, devendo ser aplicada nos casos previstos no Artigo 122 (incisos I a III): tratar-se de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa; por reiteração no cometimento de outras infrações graves; por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta.

Apesar das garantias legais previstas, como a que se refere ao local de cumprimento da medida ser em entidade exclusiva para adolescentes, em condições de higiene e salubridade, separados por idade, compleição física e gravidade da infração cometida, dentre outras expressas nos artigos 123, 124 e 125 da referida lei, há inúmeros casos de violações aos direitos desses adolescentes infratores. Muitos, dos quais acabam virando matéria de repercussão nacional e até internacional pela

sua gravidade e afronta aos direitos já consagrados ou fornecendo os insumos para narrativas literárias ou cinematográficas, como no caso do premiado filme *Pixote – a lei do mais fraco* do diretor Hector Babenco, de 1980.

O filme, baseado no livro *Infância dos Mortos*, de José Louzeiro, é uma provocação para a reflexão acerca da realidade de indiferença e descaso da sociedade para o gravíssimo problema de miséria, abandono e violência cometida contra crianças e adolescentes abandonados e marginalizados no Brasil por instituições que deveriam recuperá-los ou ressocializá-los. Em “[...] *Pixote* isso aparece de maneira muito contundente – formas simbólicas e físicas de violência que se eram articuladas para instituir, reprimir ou perseguir e julgar comportamentos sexuais [...] e marginais ao normativo [...]” (COSTA JÚNIOR, 2019, p. 145).

Vários meninos deitados no chão da FEBEM. Corpos cansados, sujos, sem agasalho algum. [...] O inspetor da instituição, responsável pela disciplina dos moleques, observa com desaprovação a cena. Caminha resmungando e falando [...] “Você tá de volta aqui, hein? Ninguém apanha de bobeira!” E, na medida em que a fila vai sendo formada, segue com as reclamações e humilhações. Aproxima-se de Lilica (Jorge Julião), um dos menores apreendidos na FEBEM e que se performatiza com o que convencionalmente se entende naquele espaço como sendo uma menina: cabelo comprido, calças justas, maquiagem, brincos, além de expressões corporais como o “rebolado”. Lilica constrói uma relação com outro interno: Dito (Gilberto Moura). Na cena ela está de cabeça baixa, na fila, quando o inspetor diz, tirando-lhe a peruca loura que ela usava: “Aqui dentro tu é homem, viu? Se eu te pegar em fraga tu vai se ver comigo” (*Ibid.* p. 144-145).

A partir de 1990, o Brasil substituiu com o ECA, a “doutrina da situação irregular” pela “doutrina da proteção integral”. Essa mudança de paradigma gerou a necessidade de adaptações nas instituições socioeducativas, adequando-as ao que prevê o Estatuto e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Apesar dessas inovações, ainda persistem velhas práticas no trato com adolescentes autores de atos infracionais nessas instituições, além da adoção de uma política pública tímida, que não prioriza a causa da infância e juventude marginalizada nesse país, como ilustrado no depoimento de um educador que desempenha suas atividades em uma dessas unidades:

[...] por mais que a coordenação, equipe técnica tenham a compreensão da necessidade de um trabalho educativo, não se pode culpar ou responsabilizar esses profissionais, pois é óbvio que o Estado não oferece condições para a efetivação dessas medidas. Não se faz muita coisa com competência profissional sem condição objetiva de trabalho e sem recursos financeiros. Como uma escala de 4 a 5 educadores vai trabalhar com 50 a 60 meninos, que cada dia aumenta o número deles [...] (FROTA, 2007, p. 54)?

O trabalho de pesquisa de Frota (2007), *Entre o pavilhão e o inferno: trajetórias de meninos infratores no CEDUC/Pitumbu*, remete a uma realidade dura e sem maquiagem da importância que essas vidas descartáveis ocupam nas agendas governamentais e como esse pouco ou quase nenhum valor se expressa no tratamento que lhes é dispensado nessas instituições teoricamente criadas para recuperá-los: “[...] pavilhões cheios de jovens e adolescentes enjaulados [...] A precariedade da estrutura física [...] As paredes sujas e a encanação quebrada [...]. Havia um odor insuportável” (*Ibid.* p. 42-43).

Esse cenário descrito pela autora remete a uma herança institucional onde “[...] o problema do “menor” só era reconhecido como tal pelo Estado, na medida em que afetava (ou podia afetar) a ordem pública pela violência ou criminalidade [...]”, sendo adotadas medidas numa perspectiva de contenção ou prevenção à manifestação de fenômenos considerados prejudiciais ao projeto societário que tinha como pano de fundo o modelo de “desenvolvimento com segurança nacional” (VOGEL, 2011, p. 300).

Trata-se da política adotada pelo Estado antes e durante o período ditatorial, através do Serviço de Assistência ao Menor (SAM)<sup>23</sup>, caracterizado pela adoção de

---

<sup>23</sup> O Instituto Sete de Setembro é transformado em Serviço de Assistência a Menores - SAM – em 1941 (Decreto-lei n. 3.799, de 5 de novembro de 1941), tendo sua competência redefinida em 1944 (Decreto-lei n. 6.865). Tem por finalidade prestar aos menores desvalidos e infratores das leis penais, em todo o território nacional, assistência social sob todos os aspectos. Investigar os menores para fins de internação e ajustamento social, abrigar e distribuir os menores pelos estabelecimentos e estudar as causas do abandono eram algumas das suas competências. Estava vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e articulado aos Juízos de Menores. Nos anos 1960 é duramente criticado, especialmente pela imprensa e pelo Parlamento, sendo extinto em 1964, quando é substituído pela FUNABEM. Para maiores aprofundamentos ver legislações ante referidas e o texto de Faleiros (2011) que consta em nossas referências.

práticas repressivas e da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM)<sup>24</sup>, cujo campo de trabalho se voltava prioritariamente ao *menor desassistido* e o *menor de conduta antissocial*, com ênfase na “reintegração no ambiente familiar” (*Ibid.*, 2011).

Com a extinção da FUNABEM, as medidas socioeducativas aplicadas pelo Poder Judiciário aos adolescentes autores de atos infracionais passam a ser executadas em conformidade com o que preconiza o ECA, inegavelmente uma conquista de toda a sociedade e que contou com a militância em favor da causa da infância, a exemplo de entidades como o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR), consagrando-se a “doutrina da proteção integral”, o que não significa que superamos todas as dificuldades quando o assunto é violência institucional cometida contra adolescentes em conflito com a lei, mas que temos uma trajetória de lutas e conquistas nesse terreno e que conseguimos inserir na pauta governamental reivindicações importantes e estabelecer parâmetros nacionais de atendimento nesse segmento, com status de política pública. Das propostas que emergiram evidencia-se, como aponta Faleiros (2011, p.33)

[...] a relação Estado/ sociedade como um processo de articulação e confronto do econômico e do político, do privado e do público, do poder clientelista/ autoritário e do movimento pelos direitos de cidadania nas relações de hegemonia que foram se construindo de acordo com os blocos no poder [...].

O desafio atual se expressa na luta dos movimentos da sociedade civil organizada e de representações legitimamente instituídas na defesa intransigente pela manutenção das conquistas dos direitos já contemplados no ordenamento jurídico voltados à criança e ao adolescente, em especial ao adolescente autor de ato infracional. Para esse último, de acordo com o senso comum expresso no discurso

---

<sup>24</sup> A FUNABEM foi instituída pela Lei n. 4.513/64. Como órgão central e de caráter normativo, era subordinada à Presidência da República, sendo responsável, entre outras competências pela formulação e implementação da Política Nacional do Bem-Estar do Menor e o repasse de recursos. Considerava residir o “bem-estar do menor” no atendimento de uma série de “necessidades básicas”, a saber – “saúde, amor, compreensão, educação, recreação e segurança social”. A partir da FUNABEM, foram criados em nível local as Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEMs), organismos estaduais (FUNABEM, 1976, *apud* VOGEL, 2011, p. 294).

incendiário que incita a violência, o debate tem se concentrado na questão da maioria penal, com proposta de reduzir de 18 para 16 anos a idade mínima para que um indivíduo seja considerado imputável. Essa propositura na atual conjuntura tem ganhado fôlego e conquistado novos adeptos, inclusive sendo mencionado no plano de governo do atual presidente eleito em 2018, Jair Messias Bolsonaro; o que reacendeu a polaridade de visões e estratégias em conflito: de um lado um bloco que defende o diálogo, a negociação e as medidas educativas, no outro extremo estão aqueles que defendem a punição com privação de liberdade no Sistema Prisional a partir dos 16 anos e não aos 18, como ocorre atualmente.

A parcela da sociedade que levanta a bandeira da redução da maioria penal, a qual se vincula o atual presidente da República Federativa do Brasil, se articula a “visão jurídica repressiva e moralista” presente nos Códigos de Menores de 1927 e de 1979, que apesar de superada se reatualiza e representa uma ameaça aos direitos duramente conquistados, fazendo emergir como solução para o problema da prática de atos infracionais cometidos por adolescentes respostas aparentemente resolutivas, mas que na verdade demonstram a ausência de habilidade política dos nossos representantes governamentais em aprofundar o debate acerca dos reais determinantes da violência (e sua estreita relação com o problema da miséria e da infância abandonada), além de suas formas de controle e erradicação.

O Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 171/ 93, que trata da matéria sobre a redução da maioria penal, já foi aprovado na Câmara dos Deputados em 2015 e, atualmente, aguarda a apreciação pelo Senado Federal, alterando o Artigo 228 da Constituição Federal. Para o jurista Ariel de Castro Alves<sup>25</sup> (ex-integrante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, CONANDA) com essa mudança os adolescentes “perderão qualquer perspectiva de reeducação ao serem enviados ao Sistema Prisional”. E acrescenta: “Teremos criminosos juvenis sendo profissionalizados na criminalidade dentro de um Sistema Prisional falido”.

---

<sup>25</sup> Para ter acesso à entrevista com Ariel, realizada pelo *Promenino* (Projeto da Fundação Telefônica Vivo, ativo entre 2003 e 2016, que visava contribuir para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes e erradicar o trabalho infantil.) sobre o que classificou como mitos da redução da maioria penal, acessar o link <http://fundacaotelefonica.org.br/promenino/trabalho infantil/noticia/especialistas-lamentam-aprovacao-da-pec-17193-e-desmistificam-a-reducao-da-maioridade-penal/>. A matéria foi publicada em 30/11/2016. Nosso acesso: 22/11/2019.

Ao negar saúde, educação, moradia digna, cultura, esporte e lazer a crianças e adolescentes; emprego, renda e oportunidades a suas famílias o Estado viola direitos constitucionais e pactos internacionais já consagrados e, quando propõe que esses adolescentes sejam precocemente enviados ao falido sistema carcerário reitera essa omissão, atentando contra os direitos fundamentais desse segmento etário.

Nossa defesa é pela não aprovação da PEC 171/ 93, não porque defendamos a não responsabilização pela prática de atos infracionais cometidos por adolescentes, mas por acreditarmos firmemente no fracasso da substituição da socioeducação ou adoção de medidas de caráter pedagógico e de inclusão social pela pura e simples punição. Se há o consenso de que aquilo que aprendemos quando estamos em fase de desenvolvimento repercute nas nossas ações futuras, no tipo de cidadãos que iremos nos transformar, não seria darmos um “tiro no pé” não investirmos com auxílio de metodologias educacionais e sócio inclusivas na recuperação desses indivíduos?

Até aqui discorreremos acerca de como o Estado tem tratado os autores de atos infracionais ou dos crimes sexuais contra crianças e adolescentes. Na escrita que segue, convidamos o leitor a refletir sobre o lugar reservado à vítima, a partir de como o Estado tem se organizado ou estruturado para prevenir ou tratar a criança e o adolescente em situação de violência sexual no Brasil, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988, marco histórico na construção de um novo paradigma para as políticas sociais, com o Estado assumindo, do ponto de vista normativo, o protagonismo no financiamento de direitos humanos e sociais, rompendo com concepções de caráter assistencialista e clientelista ou, pelo menos, se engajando nessa direção.

O fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes não é algo novo. Já vimos, nos capítulos anteriores desse estudo, que a partir da Modernidade, o que poderíamos chamar de novo, é o sentimento de infância que surge nesse período, quando a criança passa a ser tratada com uma singularidade não antes experimentada. Apesar dessa constatação, é muito recente a estruturação de estratégias para o enfrentamento da problemática, tanto no que se refere ao arcabouço legal quanto ao que tange às medidas efetivas de ação e amadurecimento da sociedade para enfrentar o debate, muitas vezes reduzido a problema de foro íntimo.

Nesse caminhar, tardio e indiscutivelmente urgente, merece destaque a promulgação do ECA, a criação dos Conselhos Tutelares como órgãos instituídos para zelar pelo cumprimento dos direitos desse segmento etário, em 1990 e, dez anos depois, no ano 2000, do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto Juvenil<sup>26</sup>.

A partir da instituição desse Plano Nacional, o País vivencia uma série de avanços importantes na área do reconhecimento e enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Esse instrumento tornou-se referência e ofereceu uma síntese metodológica para a estruturação de políticas, programas e serviços para o enfrentamento à violência sexual (CONANDA, 3013, p. 3).

Alicerçado no Plano Nacional, o Brasil vivencia uma série de avanços importantes no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes e, na esteira desses avanços, tivemos a criação, em 2001, do Programa Sentinela, que tinha como objetivo

[...] atender, no âmbito da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), crianças e adolescentes vitimados pela violência com ênfase no abuso e exploração sexual, por meio de um conjunto articulado de ações, bem como criar condições que possibilitem às crianças e aos adolescentes e suas famílias, o resgate e a garantia dos direitos, o acesso aos serviços de assistência social, saúde, educação, justiça e segurança, esporte, lazer e cultura, guardando compromisso ético e político e primando pela multidisciplinaridade das ações (NEPEM/UFMG, 2006, p. 2).

Com a criação e consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS<sup>27</sup>), a partir de 2005, o Sentinela passa de um programa para um serviço ou

---

<sup>26</sup> Esse Plano Nacional é reatualizado posteriormente e, após o seu processo de revisão passou a se chamar, a partir de 2013, Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.

<sup>27</sup> O Sistema Único de Assistência Social, SUAS, organiza-se considerando dois níveis de proteção, quais sejam: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. A Proteção Social Básica oferta um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da Assistência Social que visa prevenir situações de vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais, por violação de direitos, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. O Centro de Referência da Assistência Social – CRAS é a unidade pública estatal, descentralizada, responsável pela organização e oferta de serviços de Proteção Social Básica. A Proteção Social Especial (PSE) organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o

ação continuada desenvolvida pelos Centros de Referência Especializados da Assistência Social - CREAS. Apesar dos problemas detectados nesse programa, como por exemplo a precariedade dos vínculos de trabalho; a oferta de um serviço de atendimento especializado como o Sentinela, representou “um refúgio” ou um ponto de apoio na vida de muitas famílias atendidas (*Ibid.*, 2006).

A última década do século XX e as primeiras do século XXI foram marcadas por mudanças legislativas importantes, que aliadas a ações como as diversas campanhas de sensibilização sistemáticas das quais é emblemática o “18 de maio” – Dia Nacional de Luta Contra a Exploração e o Abuso Sexual - e, a criação do serviço de disque denúncia nacional gratuito – Disque 100 – ajudam a combater esse tipo de violência e manter a sociedade em alerta sobre a necessidade de investirmos em estratégias de cuidado e de proteção para nossos meninos e meninas.

Em se tratando de legislação, especial destaque para a Lei 12.015/ 2009. A partir deste dispositivo, o crime de estupro passa a ser qualificado como qualquer ato libidinoso e contra qualquer pessoa, seja sujeito passivo ou ativo, seja do sexo masculino ou feminino, diferentemente do que acontecia antes desta lei quando vigorava a separação entre estupro e atentado violento ao pudor e excluía os homens enquanto vítimas potenciais dos crimes sexuais, nos termos dos revogados Artigos 213 (sobre estupro) e 214 (sobre atentado violento ao pudor) do Código Penal brasileiro: *Artigo 213: “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”*; *Artigo 214: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”*. A partir das inovações do dispositivo ante exposto, os crimes de estupro e atentado violento ao pudor são unificados, passando a vigorar no Artigo 213 transcrito da Lei 12.015/ 2009, que alterou o Código Penal brasileiro, a seguinte redação:

---

enfrentamento das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, negligência, abandono, violência sexual (abuso e exploração), situação de rua, trabalho infantil, práticas de ato infracional, fragilização ou rompimento de vínculos, afastamento do convívio familiar, dentre outras. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é a unidade pública e estatal de abrangência municipal ou regional. Oferta, obrigatoriamente, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI (Fonte: Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), disponível no link <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>. Acesso em 06.01.2020.

Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: Pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. § 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos: Pena – reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos. § 2º Se da conduta resulta morte: Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

A criança e o adolescente vítimas de violência sexual tem lugar demarcado nas políticas sociais no Brasil, com especial destaque para as políticas de Assistência Social e Saúde como as que mais avançaram na matéria. Inquestionavelmente, o lugar do cuidado e da proteção podem ser identificados tanto em matéria do que se construiu nas últimas décadas no campo regulatório, quanto na implementação de políticas, programas, ações e serviços de diferentes naturezas e abrangências. É possível vermos um esforço das instituições governamentais e não governamentais e da sociedade civil organizada em pautar a causa da infância, apesar dos inúmeros problemas existentes.

Entre a *prioridade absoluta*, expressa como princípio pelo ECA, e a realidade concreta de uma criança que chega em um serviço de saúde vítima de estupro ainda persistem problemáticas como profissionais despreparados, infraestrutura precária, desrespeito ao sigilo tão importante nesses casos e a desarticulação dos atores da Rede de Cuidado e de Proteção Social; todavia, o lugar da “vítima” avançou para patamares mais humanizados com a construção de uma legislação específica e uma política de atendimento especializada, ao passo que o lugar do “agressor” continua estagnado, recaindo sobre este nada além da sentença condenatório, da segregação social e do desejo, velado ou explícito, de vingança.

### **3.4 O Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes como Problema de Saúde Pública**

Afirmar ser a violência responsável pela morte ou pelo aparecimento de danos ou sequelas (físicas e psíquicas) na vida das pessoas que vivenciam os seus efeitos deletérios não é nenhuma inovação. Como um fenômeno antigo e, também, atual, a violência fez e segue fazendo vítimas em todos os tempos, desde os primórdios e,

formas de organização social. O que se constitui como novo é a sua inserção na agenda governamental brasileira como problema de saúde pública em nível nacional. O que só ocorre formalmente em 2001, ano da aprovação da *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*<sup>28</sup>, através da Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001.

E qual a importância desse instrumento para a política de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência? A instituição de uma política pública em nível nacional, represente, ao menos teoricamente, o compromisso do Estado em estabelecer parâmetros nacionais e fomentar uma agenda para o desenvolvimento de um conjunto de ações sistematizadas e articuladas. E isso inclui, nos termos do Art. 2º dessa portaria

Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

A magnitude dos problemas causados pela violência, ao lado dos acidentes, incluindo o seu impacto para os cofres públicos, acabaram por impulsionar a medida. As vidas atingidas por esses “agravos ou eventos<sup>29</sup>” (violências e acidentes) reduzem drasticamente a população economicamente ativa de um país, aumentam as suas despesas com internações hospitalares e tratamentos em saúde, ampliam a

---

<sup>28</sup> Esse “[...] documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com consequências distintas [...]” Trecho extraído do anexo da Portaria 737/2001. Disponível em: [http://www.editoramagister.com/doc\\_23254\\_portaria\\_n\\_737\\_de\\_16\\_de\\_](http://www.editoramagister.com/doc_23254_portaria_n_737_de_16_de_). Acesso em: 07.01.2020.

<sup>29</sup> Agravo e evento são terminologias adotadas pelo Ministério da Saúde, onde, *agravo* significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas; e *evento* significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença, conforme estabelecido no Artigo 1º da Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html). Acesso em: 08.01.2020.

população carcerária e em cumprimento de medidas socioeducativas, entre outros danos, concretos e simbólicos.

Também merece destaque, enquanto medida adotada pelo Ministério da Saúde, em 2001, a definição de um instrumento de notificação<sup>30</sup>, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes. Trata-se de uma ferramenta elaborada com objetivo de assegurar que os casos de maus-tratos contra esse grupo etário, identificados em serviços de saúde, sejam encaminhados ao Conselho Tutelar da localidade onde o atendimento fora prestado, em conformidade com a Portaria nº 1.968/ 2001.

A notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes é uma responsabilidade solidária entre médicos, outros profissionais de saúde e os responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, nos termos do Artigo 3º da Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Essa corresponsabilidade deve ser assimilada por todos como medida de cuidado e de proteção e não como um trabalho a mais a ser executado nos serviços. Sua utilização no cotidiano, nos casos cabíveis, requer maior divulgação da ferramenta, bem como treinamento para capacitação dos profissionais em serviço, disseminando sua importância como instrumento de mensuração da problemática para o redesenho das políticas de enfrentamento da violência e facilitando o seu preenchimento pela equipe multiprofissional.

Importante frisar que a notificação é só uma das dimensões do cuidado em saúde e, para que cumpra seu papel social faz-se necessário que funcione em articulação e plena harmonia com as demais dimensões preconizadas na *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*, documento lançado em 2010 pelo Ministério da Saúde

---

<sup>30</sup> O instrumento de notificação aqui referido não se confunde com aquele adotado atualmente pelo Ministério da Saúde através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN - para notificar às autoridades sanitárias sobre os casos, suspeitos ou confirmados, de violência doméstica, sexual e/ ou outras violências. Sua versão atual (5.0) está disponível no link <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 07.01.2020. Esse instrumento tem como fim produzir e difundir dados epidemiológicos e estatísticos que contribuirão para definir políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência. A notificação de violência sexual pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial deve ser imediata (em até 24 horas), a partir do conhecimento do agravo ou evento, conforme estabelece o Artigo 4º da Portaria GM/MS Nº 1.271/ 2014.

O MS orienta, atualmente, que a notificação ao Conselho Tutelar seja feita mediante “Comunicação de suspeita ou confirmação de violência”, com redação própria da entidade ou órgão que prestou o atendimento à vítima. Esse documento é distinto daquele encaminhado às autoridades sanitárias, sendo este último padronizado em nível nacional.

“[...] com o propósito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação continuada e permanente para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências [...] (BRASIL, 2010, p. 8).

Enquanto uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral, a linha de cuidado compreende as seguintes dimensões: “acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidado e de proteção social<sup>31</sup>.” A partir da publicação desse documento, nas diferentes regiões do país, muitos profissionais e gestores em saúde foram capacitados pelos técnicos do MS, num trabalho de divulgação e disseminação de práticas em saúde a partir da estratégia de linha de cuidado, inclusive, a equipe do serviço de referência do AMVIVA, a qual integrava a época. A equipe da Paraíba não só os recepcionou nas dependências do Complexo Pediátrico Arlinda Marques, como fora por eles recepcionados em visita técnica realizada em Brasília/ DF, no ano de 2014, oportunidade que pude vivenciar enquanto assistente social e que considero ter agregado valor a minha prática profissional. A oferta de capacitação e formação que favorecessem o reconhecimento da violência perpetrada contra crianças e adolescentes, no Brasil, é um fenômeno recente, intimamente ligado, segundo (DESLANDES, 1994; MINAYO & SOUZA, 1999; HABIGZANG, AZEVEDO, KOLLER & MACHADO, 2006 *apud* NEVES, et al, 2010, p. 100) ao reconhecimento, na década de 1980, da temática da violência como problema de saúde pública.

Esse reconhecimento da violência ocorre como parte de um processo histórico e evolutivo. Até chegar a uma conceituação nos moldes do que conhecemos hoje e provocar reações que se materializam em formas de enfrentamento no âmbito das políticas sociais, passou por várias etapas, do desconhecimento à negação, até alcançar legitimidade e entrar para a agenda pública. Ao descrever essas etapas, (BRINGIOTTI *apud* NEVES *et al.*, 2010, p. 101), assevera que é somente a partir “[...] de 1980 até os dias atuais, [que] vários países têm se preocupado em implantar programas de atenção a famílias em situação de risco.”

---

<sup>31</sup> Para um maior aprofundamento em cada uma das dimensões do cuidado integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências consultar o documento *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*, disponível em meio eletrônico, através do link [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf). Acesso em: 07.01.2020.

Nesse sentido, concluímos que a implantação de programas de atendimento para o enfrentamento da problemática da violência que acomete crianças e adolescentes é algo recente na história, o que ajuda a explicar, ao menos parcialmente, a dificuldade ou pouca habilidade de parte considerável dos profissionais e gestores no atendimento a esses indivíduos nas instituições de saúde. Afora outras questões de ordem estrutural e que dizem respeito aos gargalos que incidem, de modo particular no Brasil, sobre a efetividade das políticas sociais em seu conjunto.

Como os processos de intervenção são recentes, tem pouco mais de duas ou três décadas, ainda estamos aprendendo a lidar com o fenômeno. E, se assistir a “vítima” da violência se constitui como desafiador nos serviços de atenção, o que dizer, então, da tarefa de prestar atendimento aos autores das violências, aqueles que cometem ou praticam o ato abusivo contra uma criança ou adolescente?

Identificamos, de modo muito pontual, essa preocupação com o “agressor” expressa na *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências* (BRASIL, 2010, p. 81)

Sabemos que muitos fatores psicossociais estão presentes e compõem os diferentes tipos de violência, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, seja pela presença de algum tipo de transtorno mental, como a depressão (que pode ocasionar situações de negligência e abandono), seja pelos contextos de vulnerabilidade a que os grupos familiares estão submetidos. Nesse aspecto, é possível que a atenção à saúde mental deva se dar não somente às pessoas que sofreram algum tipo de violência, mas também aos seus agressores.

É possível percebermos uma preocupação centrada na saúde mental do praticante da violência e, nesse sentido, encontramos na sequência do documento referido, destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), em suas diferentes modalidades, apontados pelo Ministério da Saúde como serviço disponível para atender esses indivíduos. O documento também sugere a integração entre Saúde Mental e Atenção Básica, como possibilidade de potencializar o cuidado e facilitar uma abordagem integral (*Ibid.* p. 82).

Quando estivemos em visita técnica conhecendo serviços de referência no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências do Distrito Federal, ouvimos relatos de profissionais de unidades hospitalares que já tinham trabalhos

voltados aos autores dos atos abusivos, no formato de terapias de grupos. Essas atividades são um desafio a mais para os profissionais de saúde, que precisam ser apoiados e capacitados para executá-las com êxito.

Sendo a violência sexual predominantemente doméstica, é possível que o praticante da violência perpetrada continue convivendo com a vítima, caso em que todos os esforços para o tratamento de ambos, vítima e agressor, devem ser empreendidos, inclusive extensivo a outros membros da família afetados pela problemática, quer seja na mesma unidade de atendimento ou mediante encaminhamento de um ou mais envolvidos para serviço especializado da rede de atenção. Isso não anula ou impede que sejam tomadas medidas de responsabilização criminal para com o praticante do ilícito.

Na esteira das inovações pautadas pela sociedade civil organizada e, posteriormente, traduzidas no campo regulatório, temos, ainda, a Lei 12.845/ 2013, legalizada pela então presidenta Dilma Rousseff, que sancionou (em 01/08/2013) sem vetos o projeto de lei que torna obrigatório e integral o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) para vítimas de violência sexual.

Além de assegurar que pessoas em situação de violência sexual terão atendimento imediato e obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede SUS, um outro aspecto que merece destaque nesse dispositivo é o fato de estar garantido a vítimas de estupro à contracepção de emergência, evitando que elas venham a engravidar em virtude da violência sexual que sofreram. Medida importante e efetiva na redução do aborto legal.

No próximo capítulo, adentraremos nos achados de campo, o que nos possibilitou apresentar o perfil das crianças, adolescentes e famílias abrangidos pelo AMVIVA e, da equipe de referência que compõe esse serviço especializado, suas práticas, possibilidades e desafios, além dos impactos que incidem na relação desses profissionais com os usuários da saúde, com a instituição empregadora e com os demais atores componentes da Rede de Proteção Social. Concluindo o capítulo, problematizamos os discursos desses trabalhadores acerca do fenômeno da violência sexual contra o segmento etário estudado e o seu enfrentamento pelo setor saúde.

## **4 CAPÍTULO III - ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO**

### **4.1 O Perfil Social, Econômico e Demográfico das Crianças, Adolescentes e de suas famílias**

Neste subitem da pesquisa serão apresentados e analisados dados relevantes dos usuários do Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes – AMVIVA, que acessaram o serviço no período de 2010 a 2018, a partir de dados extraídos do arquivo documental da instituição de saúde *lócus* da pesquisa, produzido e sob a guarda do Serviço Social. Foram levantados dados constantes de 214 instrumentais de entrevistas sociais realizadas pelo profissional de Serviço Social componente da equipe especializada, realizadas junto aos pais ou responsáveis/acompanhantes que conduziram as crianças ou adolescentes na ocasião dos atendimentos e que prestaram informações sobre esses indivíduos, seu grupo familiar e o contexto da violência sexual vivenciada. Ressalte-se que não é unânime a prática do relato da violência pelo informante-entrevistado, por razões diversas, que vão desde o desconhecimento da situação abusiva que demandou o atendimento, até a intencionalidade em não prestar informações que possam corroborar para a responsabilização do autor do ato abusivo.

Consideramos que o conjunto de categorias adiante explicitadas nos permitirão traçar o perfil social, econômico e demográfico das crianças, adolescentes e de suas famílias, possibilitando, a luz dos referenciais teóricos norteadores desse estudo, compreender as interfaces do fenômeno da violência sexual do público alvo de nossa pesquisa, com os determinantes macrossociais e histórico culturais da modernidade.

Neste bloco traremos dados correspondentes às categorias: sexo, faixas etárias no atendimento e no período da ocorrência do ato abusivo, frequência/ evasão escolar das crianças e adolescentes atendidos, arranjos familiares, renda familiar, acesso a programas de transferência de renda do governo federal e procedência territorial.

**Tabela 4.1.1: Sexo das crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA**

<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>	53	161	214
<b>%</b>	<b>24,77</b>	<b>75,23</b>	<b>100</b>

**Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018**

Dos **214** usuários atendidos, temos na **categoria sexo** uma maioria feminina. Destes, **161 (75,23%)** são do sexo feminino e, **53 (24,77%)** são do sexo masculino.

Não impactamos com nenhuma inovação ao reafirmarmos aqui a feminização da violência sexual<sup>32</sup>. Esse dado, corrobora com estudos e pesquisas, tanto no campo acadêmico quanto fora dele, por questões que estão estreitamente relacionadas com a nossa formação histórico cultural e, que determinaram ou forjaram a formação do nosso povo, perpassando os componentes de gênero, e, no caso de países como o nosso, dada a influência colonizadora e escravocrata, que nos deixaram como herança os germens para o desenvolvimento de uma cultura da objetivação, da coisificação e da sujeição do mais fraco pelo mais forte, do colonizador sobre o explorado, do senhor sobre o escravo, do branco sobre o negro, do homem sobre a mulher, do adulto sobre a criança.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2018), o qual apresenta uma análise do perfil das violências sexuais contra crianças e adolescentes no Brasil, referentes aos casos notificados nos serviços de saúde, de 2011 a 2017<sup>33</sup>, temos o seguinte panorama, no que tange ao sexo das “vítimas”: em se tratando de crianças, 74,2% eram do sexo feminino e, 25,8% eram do sexo masculino. Entre os adolescentes com notificação de violência sexual, 92,4% eram do sexo feminino e,

<sup>32</sup> No capítulo II dessa dissertação, intitulado “*Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: Onde está a (Des) Proteção?*”, adotamos como conceito de *violência sexual* o mesmo adotado pelo Ministério da Saúde, segundo o qual “violência sexual: é 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 psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. [...]”. Não deve ser confundida com *jogos sexuais infantis*, pois enquanto na violência sexual fica caracterizada a existência de coerção e a diferença no estágio de desenvolvimento dos envolvidos, nos jogos sexuais infantis os envolvidos participam voluntariamente e estão em faixas etárias semelhantes, sendo, portanto, sua ocorrência parte do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2010, p. 33).

<sup>33</sup> Esses e outros dados referentes a temática aqui tratada podem ser consultados no Boletim Epidemiológico publicado em junho/ 2018 pelo Ministério da Saúde (MS). Trata-se de um documento que apresenta uma análise ou estudo descritivo do perfil epidemiológico das violências sexuais contra crianças e adolescentes notificados pelos serviços de saúde, no período de 2011 a 2017. É uma publicação de caráter técnico-científico, de acesso livre, formato eletrônico com periodicidade mensal e semanal para os casos de monitoramento e investigação de agravos e doenças específicas. Recebeu o número de ISSN: 2358-9450.

7,6% eram do sexo masculino<sup>34</sup>. O estudo contou com 58.030 casos envolvendo crianças e 83.060 casos envolvendo adolescentes. A maioria dos eventos notificados como estupro<sup>35</sup>.

Destacamos a relevância dos dados no que se refere ao quantitativo de crianças e adolescentes do sexo masculino protagonizando histórias de abuso sexual, apontados em nossa pesquisa. E, também nessa categoria, é possível estabelecer conexão com a dimensão cultural arraigada a nossa formação. Para Schelb (2008, p. 17)

Embora as estatísticas revelem que a maior parte das vítimas de abuso sexual [sejam] meninas, evidências demonstram que isto pode ser fruto de uma distorção decorrente da comunicação dos casos, já que os homens são mais resistentes do que as mulheres em revelar que foram vítimas de abuso sexual.

Nesse sentido, o fato das mulheres ou meninas liderarem as estatísticas, reservando a essas a vanguarda em matéria de violência sexual, como apontado pela quase totalidade das pesquisas sobre o tema, deve ser analisado a luz de aporte teórico capaz de abarcar questões que se relacionem à cultura do machismo e ao viés de gênero, considerando a possibilidade dos meninos estarem silenciando os abusos por eles vivenciados ou contra eles perpetrados, gerando subnotificação dos casos. Assim, essa conduta masculina seria determinada por questões ligadas a honra e a moral, tão essenciais na sua formação identitária e afirmação social como homens, machos da espécie, viris, fortes, dominantes. Revelar o abuso seria algo vergonhoso, que afetaria não só a sua autoestima e autoimagem, mas as suas relações interpessoais, especialmente em se tratando de pessoas em estágio de desenvolvimento para as quais o lidar com situações difíceis se constitui um desafio ainda maior.

---

<sup>34</sup> Este estudo delimita como crianças os indivíduos com idade entre zero e nove anos e como adolescentes aqueles entre 10 e 19 anos, conforme a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelo MS. Para a nossa pesquisa adotamos a classificação estabelecida pela lei 8.069/ 90, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), segundo a qual criança é a pessoa com até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

<sup>35</sup> Embora a maioria dos eventos identificados se refiram a estupros, incluem-se como violência sexual, os casos de assédio, pornografia infantil e exploração sexual, que [conforme aponta a fonte consultada] podem se manifestar das seguintes maneiras: abuso incestuoso; sexo forçado no casamento; jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas; pedofilia; voyeurismo; manuseio; penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico [...] (BRASIL, 2018, p. 3).

Não podemos desconsiderar a análise de Schelb (2008), todavia, defendo a premissa de serem majoritariamente as meninas as “vítimas” preferenciais em se tratando de abuso sexual. Os determinantes que ainda persistem no âmbito do processo de socialização de meninos e meninas no interior da família e fora dela, indo do micro ao macrossocial; apesar dos avanços vivenciados nas últimas décadas, especialmente; ainda disseminam a ideia da menina, da mulher como objetos do desejo a serem possuídos e, paradoxalmente, do menino, do homem como indivíduos com permissão e, de certo modo, com o “dever moral”, autorizado pela tradição, a desfrutarem do corpo das mulheres, mesmo abusando ou explorando sexualmente, quando não ocorre como experiência típica de relacionamentos entre pares que buscam vivenciar o sexo como fruto de escolhas recíprocas e prazerosas para ambos envolvidos.

Não desconsideramos os avanços sociais na perspectiva de combater mentalidades que reforcem esses estereótipos, todavia como todo processo de mudança que envolve questões ideológicas e histórico culturais o novo não elimina o velho, mas com ele convive, ora com avanços, ora com retrocessos, a depender da conjuntura socio política e do quão disposta esteja a sociedade em seguir avançando, sendo possível a opção por retornos ao que antes se pensava superado.

Pinto Jr. (2005) *apud* Landini (2011, p. 53) ao estudar o abuso sexual de meninos assevera que

[...] os estudos sobre violência sexual doméstica, prevaletentes nas últimas décadas, focalizaram a atenção principalmente nos casos de violência sexual contra meninas, sendo poucos os serviços para vítimas do sexo masculino. Afirma ainda existir um duplo tabu que dificulta que o incesto pai-filho seja revelado: os homens têm dificuldade em admitir que são incapazes de proteger a si próprios e, além disso, o envolvimento homem-homem pode gerar dúvidas sobre sua orientação sexual [...].

Um outro aspecto de análise é a representação simbólica em torno da virgindade das meninas em nossa cultura. Para Cambi (1999), devemos ao cristianismo essa exaltação da virgindade, ao lado da castidade, como virtude cristã.

Ao optar por abusar sexualmente dos meninos, no imaginário do “abusador”, ele estaria praticando, digamos assim, um crime de menor monta? Dada a crença de não estar violando o corpo da vítima com a marca da desonra.

Essa forma de interpretação, por parte de quem abusa, esse “cuidado” em não deixar a prova do crime estaria influenciando na tomada de decisão, como critério para escolha da vítima por parte do praticante do ato abusivo? Tal conduta, estaria determinada por questões de cunho religioso ou pela premeditação para não deixar vestígios que se converteriam em provas do crime praticado? São provocações que esse estudo não dará conta de responder, mas que poderão ser objeto de maior aprofundamento em pesquisa futura. Acompanhamos casos de abusos contra meninas em que os “abusadores” praticaram outras modalidades de contatos íntimos forçados com as “vítimas”, como o sexo oral, por exemplo. Nesses casos os exames periciais de corpo de delito, comumente solicitados para elucidar o crime no âmbito da justiça, pouco corroboraram em fornecer provas da materialidade dos delitos, dificultando nos processos a identificação e consequente responsabilização dos autores dos ilícitos. Seja menino ou menina, o fato é que a ingenuidade e inocência sublinhados como atributos da infância não se converteram em escudo protetor para colocá-la a salvo.

**Tabela 4.1.2: Faixas etárias das crianças e adolescentes no atendimento**

Faixas etárias	Total	%
0-6 anos	62	28,97
7-11 anos	83	38,78
Adolescentes >14	46	21,50
Adolescentes ≤14	23	10,75
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100%</b>

Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018

**Tabela 4.1.3: Faixas etárias das crianças e adolescentes no período da ocorrência do ato abusivo**

Faixas etárias	Total	%
0-6 anos	60	28,04
7-11 anos	61	28,50
Adolescentes >14	25	11,68
Adolescentes ≤14	9	4,21
Não identificado/registrado	59	27,57
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018

Ao enquadrarmos e subdividirmos as crianças/ adolescentes atendidos em faixas etárias, pretendemos dar visibilidade aos sujeitos que estariam mais vulneráveis à prática de violência sexual, conforme faixas de idades, bem como situarmos os grupos de adolescentes em conformidade com a legislação brasileira, no tocante ao crime de estupro de vulnerável. Nesse sentido, temos a seguinte subdivisão: De 0 a 6 anos os sujeitos que estão vivenciando a experiência da primeira infância; de 7 a 11 anos os que estão vivenciando a experiência da segunda infância<sup>36</sup>; adolescentes menores de 14 anos e adolescentes com idade igual ou superior a 14 anos.<sup>37</sup>

Outra questão que requer esclarecimento é a opção por registrarmos as faixas etárias em dois campos específicos, no período do atendimento e, no período em que o ato ou atos de violência ocorreram. Isso com intuito de chamar atenção para o fato de que o abuso sexual ocorre enquanto circunstância ou fato isolado, mas ocorre também de forma crônica, continuada, perdurando na vida da criança ou do adolescente por meses, até anos e, em alguns casos, quando se rompe a barreira do silêncio em torno do ato abusivo, a “vítima” já está com mais idade ou em outro estágio de desenvolvimento. Nesse sentido, optamos por construir duas tabelas ilustrativas para essa categoria de análise, considerando os relatos registrados nos documentos institucionais pesquisados e que apontaram para a cronologia dos abusos nos dois casos descritos.

Nas tabelas 4.1.2 e 4.1.3 ante descritas é possível identificarmos uma prevalência na faixa etária dos **7 aos 11 anos**<sup>38</sup>, quando a criança já tem um

---

<sup>36</sup> Jean Piaget ao buscar entender como as crianças vieram a conhecer o mundo e agir efetivamente dentro dele, estudou a estrutura e o funcionamento gerais desses seres em estágios. Acreditava que há quatro estágios desenvolvimentais importantes entre o nascimento e a idade adulta: a fase de bebê (nascimento a 2 anos), a primeira infância (2 a 6 anos), a segunda infância (6 a 12 anos) e a adolescência (12 a 19 anos). Respectivamente classificados como estágios Sensório-motor, Pré-operatório, Operatório concreto e Operatório formal (COLE e COLE, 2003, p.180 - 183). Em nosso estudo, por aproximação aos estágios descritos por Piaget, classificamos como primeira infância o estágio da vida entre 0 a 6 anos e, de segunda infância aquele que vai dos 7 aos 11 anos de vida.

<sup>37</sup> A adolescência, conforme a Lei 8.069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente, inicia-se aos 12 anos de idade e abrange os indivíduos com idades entre 12 e 18 anos incompletos. A idade de 14 anos fora utilizada como marcador ou delimitador entre faixas-etárias, em nosso estudo, para fins de análise do fenômeno da violência sexual, considerando o arcabouço legal brasileiro no tocante a tipificação do crime de estupro de vulnerável que, conforme o Código Penal, em seu artigo 217, enquadra nesse tipo de crime, a prática da conjunção carnal ou outro ato libidinoso com menor de (catorze) 14 anos.

<sup>38</sup> Adotando a descrição de Piaget, temos que quando entram na segunda infância (a partir dos 6 anos), as crianças se tornam mais capazes de operações mentais, ações internalizadas que se ajustam em um sistema lógico. Somente na fase posterior, na adolescência, irá adquirir a habilidade de pensar sistematicamente sobre todas as relações lógicas presentes em um problema (COLE e COLE, 2003, p. 183).

entendimento mais elaborado ou uma maior habilidade para estranhar-se com o padrão de relação estabelecido com o seu perpetrador, em comparação com o estágio anterior, a primeira infância. Esse padrão se repete tanto no quadro que registra faixa etária da criança/ adolescente no período do atendimento, totalizando **83** crianças, (**38,78%**), quanto no que situa a faixa etária da “vítima” no período em que ocorreu a violência vivenciada, com **61** crianças, (**28,50%**).

Na segunda infância, os indivíduos tendem a ter maior fragilidade para reagir contra as investidas de seus algozes, quando em comparação com os adolescentes, tanto pela menor habilidade cognitiva em interpretar o que está acontecendo, quanto pela maior dificuldade para pedir ajuda ou socorro e, assim cessarem os abusos. Por estar em estágio de desenvolvimento biopsicossocial anterior à adolescência, livrar-se do sentimento de culpa, tão comum no fenômeno estudado ou, enfrentar o medo da reação das pessoas que o cercam, que podem ir da descrença ao reforço da culpa, passando pela punição, podem se constituir em potenciais fatores para a continuidade do silêncio da “vítima” e dos atos abusivos. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 29), “a violência intrafamiliar<sup>39</sup> [...] atinge mais as crianças do que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional [...]”.

Em segundo lugar aparecem em nossa pesquisa os indivíduos de **0 a 6 anos** (situados na primeira infância) com **62** crianças (**28,97%**) e **60** (**28,04%**), respectivamente no período do atendimento e, no período da ocorrência.

Em terceiro lugar temos os adolescentes **menores de 14 anos**, com **46** indivíduos (**21,50%**), conforme mostra a tabela 4.1.2 e, a faixa etária não identificada ou registrada, no caso da tabela 4.1.3, a qual se refere ao período do ato abusivo. Esta última soma **59** indivíduos (**27,57%**).

Na sequência, destaca-se no tabela 4.1.2 os adolescentes com idade igual ou superior a 14 anos e, na tabela 4.1.3, aqueles menores de 14 anos de idade, com, respectivamente, os seguintes números e percentuais: **23** (**10,75%**) e **25** (**11,68%**).

Ressalte-se que na tabela 4.1.3, aparecem **59** indivíduos (**27,57%**), cujo período do ato abusivo não fora identificado ou registrado, achado que poderá estar relacionado ao protagonismo do adulto enquanto informante. É a partir dos dados,

---

<sup>39</sup> Segundo essa mesma fonte, “a violência intrafamiliar ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais [...]. Consiste em formas agressivas de a família se relacionar, por meio de uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação. Inclui, ainda, a falta de cuidados básicos com seus filhos” (BRASIL, 2010, p. 29).

relatos ou histórias narradas pelos adultos sobre as crianças ou adolescentes nos atendimentos realizados pelas instituições de saúde que os profissionais constroem diagnósticos, embasam condutas e registam suas impressões ou conclusões. Essa mediação do adulto não anula a criança ou o adolescente como fontes seguras de informações sobre seus sintomas, patologias e histórias de vida, mas, poderá estar atravessada por fatores que resultarão em relatos por vezes imprecisos, fragmentados, distorcidos ou controversos, por razões intencionais ou não, como o desconhecimento dos fatos afetos à violência envolvendo o infante/ jovem ou a não disponibilidade ou intencionalidade para falar sobre um assunto que poderá lhe render consequências no campo da responsabilização, na instância de justiça.

Consultando os dados no documento *Atlas da Violência 2018* (gráfico 6.8, p. 63 do referido documento) é possível observar, no quesito *estupros segundo faixas etárias*, que as crianças<sup>40</sup> são as mais vitimadas, quando em comparação com os adolescentes e os adultos. Os dados correspondem aos anos de 2011 a 2016 e, neles, as crianças lideram com percentuais que variam de 50,1% a 52,6%; seguidos dos adultos e dos adolescentes quanto ao quesito faixa etária.

A criança que se encontra entre a faixa-etária dos 7 aos 11 anos se situa numa posição intermediária entre os dois extremos, ou seja, entre a primeira infância e a adolescência. As primeiras, as crianças de menor idade, se expressam ou verbalizam com maior dificuldade suas vivências, suas elaborações estão menos acabadas, seus discursos por vezes interpretados como fantasiosos, um misto de fantasia e realidade, põem em xeque suas narrativas; os últimos, os adolescentes, em casos extremos, quando contra eles são perpetradas violências sexuais, podem ser afastados do convívio familiar, acusados de provocarem a situação. Casos em que são apontados no interior de seu grupo familiar como “sedutores”, “pervertidos”.

Nos casos de abuso intrafamiliar, protagonizados por perpetradores como pais, padrastos, avós, tios, irmãos, etc., pode ocorrer da “vítima” ser desencorajada a revelar o ocorrido às autoridades ou aos profissionais de saúde nos atendimentos, por pessoas que deveriam encorajá-la a buscar ajuda nessas instâncias de cuidado e proteção. Isso pode ocorrer por razões as mais diversas, relacionadas com os conflitos gerados no interior dos grupos familiares onde estão inseridos a vítima e o autor do ato abusivo, o que expõe a todos os integrantes do grupo familiar a uma

---

<sup>40</sup> Cabe registrar que no citado documento a categoria “criança” fora utilizada para designar os indivíduos com até 13 anos de idade e, “adolescentes”, os indivíduos entre 14 e 17 anos.

situação de estresse. Ao revelar o segredo, até então trancado a sete chaves, no interior da família, o indivíduo responsável pela quebra do silêncio, que pode ser a própria “vítima” ou outra pessoa, assume o risco de ser acusada pela parte que se declara prejudicada, e/ ou pelos que estão sob sua influência, de estar mentindo sobre a acusação, quando não de ter sua integridade física e moral ameaçadas.

Cabe destacar como perspectiva de análise, no caso da primeira infância a dificuldade dos pais ou responsáveis diretos em identificar sinais e sintomas da violência sexual em crianças de até 6 anos e, no outro extremo, uma menor atitude protetiva e de cuidado para com os adolescentes, por parte de seus cuidadores domésticos, como indicadores que podem explicar, ao menos parcialmente, a ausência de parcela desses usuários nos equipamentos de saúde com serviços especializados na abordagem da problemática da violência.

Em se tratando de adolescentes, temos ainda a influência da socialização primária no âmbito familiar e social a ser considerada. Acreditamos que quando as experiências negativas vivenciadas no convívio doméstico, se sobrepõem àquelas que tem por base o respeito, o cuidado mútuo e o convívio afetivo, não desconsiderando os conflitos inerentes às relações interpessoais comuns a todos, o adolescente, ao iniciar suas experiências sexuais, acaba por acionar esses referenciais negativos, reproduzindo comportamentos violentos internalizados, dificultando processos de auto reconhecimento como sujeitos ou explorados no âmbito dessas relações com pares. Se o referencial prevalecente for de sujeição da mulher ao homem, do filho ao pai, do neto ao avô, pelo uso da força e da ameaça, concreta ou simbólica, teremos cenários onde notadamente mulheres, filhos e netos figurarão como vítimas secundárias<sup>41</sup> das violências presenciadas, reproduzindo esses padrões nas gerações seguintes. Ao analisarmos dados de violência a partir do recorte etário, não podemos desconsiderar a subnotificação dos casos, por questões determinantes ligadas à moral e a cultura. Romper com esse ciclo intergeracional é um enorme desafio a ser enfrentado pelas políticas sociais e por toda a sociedade.

---

<sup>41</sup> Testemunhar a violência em casa, por exemplo a violência entre os pais, é uma forma de violência psicológica contra criança ou adolescente. Refere-se a situações violentas que esse grupo etário toma conhecimento ou presencia em casa, na escola, na comunidade ou na rua. “Os danos são ainda mais graves quando a própria vida da criança ou do adolescente está ameaçada ou quando [presencia] situações violentas contra uma pessoa querida [...]” (BRASIL, 2010, p. 32).

**Tabela 4.1.4: Frequência/ evasão escolar das crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA**

Frequentando a Escola	Total	%
Sim	157	73,36
Não (evasão)	15	7,01
Não se aplica	19	8,88
Não identificado/registrado	23	10,75
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

**Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018**

A pesquisa apontou que **157 (73,36%)** crianças e adolescentes pesquisados estão frequentando a escola. Esse grupo majoritário estava em idade escolar no período do atendimento no serviço.<sup>42</sup> A evasão escolar foi identificada na realidade de **15** indivíduos (**7,01%**). **Dezenove** deles, (**8,88%**), aparecem no item “não se aplica”, o qual se refere aos indivíduos com idade inferior a mínima obrigatória para ingresso na escola, ou seja, com idades abaixo de 4 anos. A pesquisa também identificou um número significativo de documentos, cuja informação não fora registrada pelo profissional responsável, totalizando **23** entrevistas (**10,75%**).

O ambiente escolar pode ser, para alguns estudantes do Ensino Básico (composto pela Educação Infantil, o Ensino Fundamental e o Ensino Médio), especialmente, o único lugar onde eles possam se sentir seguros e protegidos. “[...] para algumas crianças vitimizadas a escola pode ser um paraíso, de modo que elas chegam cedo e saem tarde [...]” (AZEVEDO e GUERRA *apud* COSTA, 2014, p. 55). Quando o vínculo com a comunidade escolar é preservado, as chances da “vítima” encontrar ajuda e quebrar a barreira do silêncio em relação aos maus-tratos vivenciados aumentam significativamente. Profissionais atentos a, por exemplo, mudanças repentinas de comportamento nas crianças, podem ser aliados muito importantes na identificação de casos de violência envolvendo escolares e no encaminhamento desses indivíduos com direitos violados aos órgãos de cuidado e proteção social. Há muitos outros aspectos passíveis de observação no ambiente escolar e, que podem estar associados ao abuso sexual, como destaca Schelb

<sup>42</sup> A legislação brasileira estabelece como obrigatória a matrícula e frequência escolar dos 4 aos 17 anos. Aos 4 anos a criança deve ser matriculada na educação infantil e, aos 6 no ensino fundamental, que são etapas da Educação Básica. Em consequência, é dever dos pais ou responsáveis efetuar a matrícula das crianças a partir dos 4 anos de idade.

Esse direito está expressamente regulamentado pela Constituição Federal/ 88 (Art. 208, Inciso I) e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em seus Artigos 30 (Inciso II) e 32, (Caput). O ECA reservou um capítulo para tratar da matéria, o Capítulo IV, “Do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer”.

“dificuldade de caminhar ou sentar, comportamento sexual inadequado para a idade ou brincadeiras sexuais agressivas, [uso de] palavras de conotação sexual incompatíveis com a idade [...]” (SCHELBO, 2008, p.20).

A escola também pode se constituir em *locus* de desproteção, sendo palco de ataques aos direitos humanos de crianças e adolescentes, com vasta possibilidade para a ocorrência de violência física, psicológica, sexual. Nos últimos anos, temos acompanhado diversos casos de violência, nas modalidades de *bullying* e *cyberbullying*<sup>43</sup>, alguns amplamente veiculados pela grande mídia, em cenários nacional e internacional, inclusive com repercussões coletivas dramáticas, onde jovens tiram a vida de outros jovens, de profissionais com os quais conviviam no cotidiano das escolas e a vida deles próprios. Também tem merecido destaque, em nível local, caso de abuso sexual em escola de nossa Capital<sup>44</sup>, João Pessoa. O episódio, inclusive, ganhou grande repercussão e rendeu prolongado debate de especialistas e da sociedade pessoense e paraibana, não só por se tratar de evento ocorrido em uma escola, mas por ter se dado em um equipamento de ensino vinculado à rede privada, frequentado, em regra, por famílias não pertencentes às “classes perigosas”, razão maior do estranhamento coletivo. Certamente, se o cenário das violências perpetradas tivesse sido uma das escolas da rede pública, *locus* privilegiado dos “desviados da moral e dos bons costumes”, não teria rendido tantos debates e pautado tantos programas midiáticos.

A educação como direito de crianças e adolescentes e dever do Estado deve cumprir seu papel social ao propiciar acesso ao conhecimento socialmente produzido, possibilitando o desenvolvimento das habilidades e da formação dos educandos em ambiente agradável, libertário, respeitoso, acolhedor e seguro, onde nossa infância e

---

<sup>43</sup> O *bullying* “ocorre com frequência nas escolas e é caracterizado pela agressão, dominação e prepotência entre pares. Envolve comportamento intencionalmente nocivo e repetitivo de submissão e humilhação. Colocar apelidos, humilhar, discriminar, [...]” são alguns exemplos (LOPES NETO *apud* BRASIL, 2010, p. 32). [Já] “o *cyberbullying* é um fenômeno mais recente, caracterizado pela ocorrência de e-mails, mensagens por pagers ou celulares, telefonemas, fotos digitais, sites pessoais difamatórios, ações difamatórias *on-line* como recursos para a adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis” (BRASIL, 2010, p. 32).

<sup>44</sup> Refiro-me ao caso de estupro veiculado em março de 2019, onde os autores do ato infracional teriam sido, conforme pronunciamento das autoridades que investigam o caso, quatro adolescentes com idades entre 13 e 17 anos, os quais, segundo os indícios apontados teriam abusado sexualmente, no banheiro de uma conhecida escola da rede privada, no bairro de Tambaú, em João Pessoa, de quatro crianças da mesma escola, com idades entre 8 e 10 anos. Os eventos teriam ocorrido com a participação de um adulto, que a época do início dos abusos (2018) trabalhava como zelador da escola. Maiores informações poderão ser obtidas em meio eletrônico. Consultamos fonte disponível em: <https://www.portalt5.com.br/noticias/policia/2019/3/196867-foi-algo-pontual-diz-delegada-sobre-crianca-estuprada-em-escola-particular-de-jp>. Acesso em: 30.08.2019.

juventude possa se desenvolver plenamente e contribuir para a consolidação de uma sociedade livre de qualquer forma de opressão. Queremos ver a criança na escola, mas não só a criança, o adolescente, o jovem, o índio, a mulher, o negro, todas as tribos, todos os grupos etários, étnicos e de gênero. Somente quando a educação for bandeira de todos, direito de todos, teremos a possibilidade de vê-la assumir seu *status* no terreno decisório; afinal, como instrumento de libertação, de emancipação e de justiça social, não podemos perder a esperança de vê-la ocupar o lugar que merece.

**Tabela 4.1.5: Arranjos familiares (inserção da criança/adolescente na família)**

<b>Arranjos familiares</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Família nuclear consanguínea	59	27,57
Família monoparental chefiada pela mãe	34	15,89
Família monoparental chefiada pelo pai	1	0,47
Família reconstituída	31	14,49
Família ampliada	60	28,04
Guarda compartilhada	2	0,93
Crianças/adolescentes em acolhimento Institucional	9	4,20
Crianças/ adolescentes em acolhimento familiar	5	2,34
Não identificado/registrado	13	6,07
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

**Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018**

Nessa categoria de análise do perfil das famílias com crianças/ adolescentes em situação de violência sexual, não pretendemos aqui rotular ou fazer associações equivocadas a partir do lugar da “vítima”, induzindo o leitor ao erro, mas, apresentar diferentes modelos familiares identificados, o que denominamos em nosso estudo de “arranjos familiares”, considerando, inclusive, costumes já sedimentados na sociedade e que o legislador constituinte de 1988 positivou ao inserir na letra da Lei (Artigos 226 e 227), sendo ainda regulamentados pelo ECA (no Capítulo III: Do Direito à Convivência Familiar e Comunitária; Seção II: Da Família Natural).

Os dados obtidos em nossa pesquisa mostraram os seguintes arranjos familiares: **59** famílias são nucleares consanguíneas (**27,57%**); **34** famílias são monoparentais chefiadas pela mãe (**15,89%**); **1** família é monoparental chefiada pelo pai (**0,47%**); **31** famílias são reconstituídas (**14,49%**); **60** famílias são ampliadas (**28,04%**) e **2** famílias apresentaram o arranjo de compartilhamento de guarda (**0,93%**). Em **14** instrumentais não identificamos a permanência da criança/

adolescente no convívio da família consanguínea ou ampliada, estando estes indivíduos em situação de acolhimento, nas modalidades familiar e institucional, sendo, respectivamente, **9** indivíduos em acolhimento institucional (**4,20%**) e **5** em acolhimento familiar (**2,34%**). Em **13** dos documentos consultados não havia registro quanto ao arranjo familiar (**6,07%**).

Registre-se que do total dos instrumentais pesquisados, em **187** deles, o que equivale a **87,38%**, as crianças e os adolescentes estão sob os cuidados de familiares predominantemente consanguíneos, em seus variados arranjos, o que nos leva a reiterar a indagação anteriormente feita no segundo capítulo desse estudo: Onde está a (des) proteção? E ainda, o que tem fragilizado a família na contemporaneidade, fazendo com que seu papel fundamental de garantir proteção aos sujeitos mais vulneráveis não se efetive plenamente?

Almeida, André e Almeida *apud* Costa (2014) introduz uma discussão polêmica ao debate ao problematizar a função protetiva da família monoparental ou recomposta (também conhecida como reconstituída). Para os autores esses arranjos não estariam dando conta de se constituírem como lugares apropriados e promotores do desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, por estarem

[...] quase sempre [na origem dessas famílias] processos de ruptura e de reconstrução conjugais, ao longo dos quais as crianças raramente são poupadas: o clima de conflito, a intensa vulnerabilidade afetiva dos adultos-pais, tendem a transbordar para a relação parental e usar a criança como objeto de chantagem; são muitas vezes acompanhadas por mudanças de residência, pela quebra de convívio da criança com pessoas afetivamente significativas; e a entrada em casa de um novo parceiro conjugal (da mãe ou, mais frequentemente, do pai da criança) constitui um outro elemento de perturbação (*Ibid.*, p. 66-67)

Tenho algumas ressalvas com relação às afirmações dos autores, no tocante à correlação entre a monoparentalidade ou arranjo familiar de recomposição e a produção de vivências parentais problemáticas ao desenvolvimento infantil. Me filio à tese de que a proteção ou desproteção podem estar em qualquer lar, no tradicional e no contemporâneo e, que independentemente do arranjo a criança poderá se deparar com afeto, estímulo, cuidado e segurança ou o seu avesso. Não podemos rotular esse ou aquele formato de família se não estivermos amplamente cercados de todos os cuidados, sob pena de incorrerem no erro de estarmos fazendo afirmações reducionistas ou preconceituosas. Concluo esse raciocínio dizendo que não existe

modelo ideal de família, livre de conflitos, de carências (sejam elas materiais ou afetivas), e que também no contraditório, no desafiador, no novo, também podemos encontrar ambientes com potencial para socializações saudáveis e edificantes. A vida familiar é dinâmica, assim como o é a vida em sociedade.

Aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais (Art. 22 do ECA). Seja nuclear consanguínea, ampliada, monoparental ou reconstituída, o fato é que independentemente do tipo de arranjo, é da família (e não exclusivamente dela) a obrigação de proteger nossa infância e juventude, colocando-as a salvo de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, nos termos do Artigo 227 da nossa Constituição Cidadã.

Do total de instrumentais analisados, identificamos em 9 deles, uma realidade extremamente preocupante e que denota a aguda fragilidade a que esse segmento etário está exposto, o afastamento de criança/ adolescente do convívio familiar, em situação de acolhimento institucional<sup>45</sup>. No Brasil,

O Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes pode ser oferecido em diferentes modalidades como: Instituição de Acolhimento, Casa Lar e República. Independentemente da nomenclatura, todas estas modalidades de acolhimento constituem “programas de acolhimento”, previstos no artigo 101 do ECA, inciso VII, devendo seguir os parâmetros do [sic] artigos 90, 91, 92, 93 e 94 (no que couber) da referida Lei e as Normas do documento “Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes” (CONANDA/CNAS, 2009 *apud* PARAÍBA, 2013, p. 61)

Dentre os princípios norteadores do acolhimento de crianças e adolescentes, estão a excepcionalidade e a provisoriedade do afastamento do convívio familiar, o que significa dizer que tal medida só deve ser acionada nos casos em que todos os esforços foram empreendidos para a manutenção desses sujeitos em seu núcleo familiar de origem (em seus diversos arranjos) e, nos casos em que o afastamento se apresente como medida mais adequada, diligências devem ser igualmente

---

<sup>45</sup> Atualmente 47 mil crianças estão em situação de acolhimento no Brasil, de acordo com matéria veiculada em julho/ 2019 pelo Observatório do Terceiro Setor (agência brasileira de conteúdo multimídia com foco nas temáticas sociais e nos direitos humanos), disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/carrossel/47-mil-criancas-no-brasil-vivem-em-instituicoes-de-acolhimento/>. Acesso em: 12.08.2019.

empreendidas para viabilizar o retorno seguro da criança ou do adolescente, em menor tempo possível, ao seu convívio familiar. O ECA, em seu Artigo 19, parágrafo 2º, reforça essa máxima

A permanência da criança e do adolescente em programa de acolhimento institucional não se prolongará por mais de 18 (dezoito meses), salvo comprovada necessidade que atenda ao seu superior interesse, devidamente fundamentada pela autoridade judiciária. (Redação dada pela Lei nº 13.509, de 2017).

Ao estabelecer que nenhuma criança ou adolescente tenha que permanecer por mais de dezoito meses institucionalizado, o legislador buscou resguardar esse grupo etário do direito à convivência familiar e comunitária, por compreender que a cultura da institucionalização deva ser superada. Cabe ao poder público investir recursos para a superação das fragilidades identificadas na família, cujo integrante fora dela retirado pelo Estado, potencializando-a, afastando dela seus potenciais riscos para que a reintegração após o período de afastamento da criança ou do adolescente ocorra.

Apesar dos esforços da política pública que rege os princípios e estabelece parâmetros de funcionamento dos Serviços de Acolhimento Institucional (SAI), no Brasil, ainda prevalecem alguns gargalos a serem superados para a efetivação do retorno ao convívio familiar e comunitário por parte daqueles que em razão de situação de vulnerabilidade ou risco social (pessoal e familiar) foram afastados.

Pesquisa realizada em 2.624 SAI, em 1.157 municípios brasileiros localizados em diferentes regiões apontou que existem 36.929 crianças e adolescentes em instituições de acolhimento no país, com tempo máximo de acolhimento variando entre 16,6 meses a 17,6 anos. O estudo também destacou as principais razões para o desligamento da instituição para aquelas crianças e adolescentes que se enquadraram nessa realidade, sendo os mais expressivos, respectivamente, o retorno para a família de origem, a adoção nacional, a maioria e a evasão. Já entre os motivos para o ingresso nas unidades de atendimento, apareceram como os principais a negligência na família, pais ou responsáveis dependentes químicos/ alcoolistas e o abandono pelos pais ou responsáveis, dentre outros menos citados<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Esses e outros dados dessa pesquisa, realizada entre os anos de 2009 e 2010, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (extinto em 2019 e incorporado ao Ministério da Cidadania pelo Governo de Jair Messias Bolsonaro), em parceria com o Centro Latino Americano de Estudo de

Concordamos com (COSTA, 2014, p. 13) ao afirmar que “a falta de acesso aos direitos essenciais já se configura como uma forma de maus-tratos”; nesse sentido, no campo das violações não podemos desconectar, em nossas análises e intervenções, nenhuma problemática que atinge o indivíduo ou seu grupo familiar da violência estrutural ou coletiva

[...] caracterizada por qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada, por exemplo, em origem racial/ étnica e social, que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública (BRASIL, 2010, p. 29).

**Tabela 4.1.6: Renda familiar das famílias atendidas pelo AMVIVA**

Renda familiar	Total	%
Sem renda declarada	8	3,74
Inferior a 1 salário mínimo	18	8,41
Entre 1 e 2 salários mínimos	57	26,64
Acima de 2 salários mínimos	28	13,08
Não se aplica (institucionalizados)	9	4,20
Não registrado	94	43,93
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

**Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018**

Entre os documentos com registros referentes a renda familiar, podemos identificar que a maioria das famílias têm renda entre 1 e 2 salários mínimos. Esses totalizam **57 famílias, (26,64%)**. Em segundo lugar, destacam-se aquelas com renda acima de 2 salários mínimos, **28 famílias (13,08%)**. Com renda inferior a 1 salário mínimo identificamos **18 famílias (8,41%)**. **Oito** famílias declararam não possuir renda, o que corresponde a **3,74%**. Aparece nessa categoria, a presença de **9 indivíduos, (4,20%)** cuja renda familiar não foi objeto de registro, tendo em vista esses estarem aos cuidados do Estado, em instituições de acolhimento para crianças e adolescentes. Destacam-se o número de documentos cujo dado não constava registrado nas entrevistas pelas assistentes sociais, somam **94 (43,93%)**.

Tal como apontado por Guerra (2008) ao analisar o fenômeno da violência física de pais contra filhos, chamamos aqui a atenção do leitor para o cuidado em não incorrer em erro ao associar precipitadamente a incidência de violência sexual ao componente classe social/ estrato de renda das famílias. Concordamos com a autora ao afirmar que “as classes populares [são] as mais denunciadas ao poder do Estado quando perpetram violências [...]” (*Ibid.*, p. 46). Tal associação equivocada poderá resultar na percepção da violência sexual como privativa das famílias pobres, o que não corresponde à realidade, nem corrobora com a nossa perspectiva de análise.

É sabido que ao ser concebido, a partir dos dispositivos legais definidos na Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) trazia como uma de suas metas o atendimento universal, para todos, independentemente da classe social na qual o sujeito estaria inserido, todavia, também é sabido que ao lado de um sistema público que se desenhou e avançou na implementação de programas, serviços e ações; também gestou-se e se desenvolveu um sistema de saúde privado. O que levou Manicucci (2006) a afirmar que não temos no Brasil um sistema único de saúde, mas um sistema dual, coexistindo, em consequência, uma concepção de direito e, uma concepção mercadológica, conforme o poder de compra e a forma de inserção no mercado de trabalho.

Diante desse quadro, fica patente a constatação de que nos momentos de adoecimento, e não diferentemente em decorrência de situações de violência sexual, a família pobre, sem renda ou com rendas inseguras e/ ou insuficientes não terão outra alternativa, a não ser procurar um serviço público para o atendimento da criança ou do adolescente vitimados; ao passo que a família, cuja renda permita acesso aos serviços ofertados pelo mercado, tratarão de “resolver” o problema longe dos olhares dos agentes públicos, profissionais cada vez mais adaptados e treinados, porque é o que deles se espera, a trabalharem em parceria com órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, como é o caso do Conselho Tutelar, porta de entrada das denúncias nos casos de violações de direitos de crianças e adolescentes.

Nossa hipótese é de que ao acessar o serviço da rede privada, o caráter mercadológico prevalecente na relação cliente - prestador de serviço, afora outras variantes, como aquelas ligados aos estigmas historicamente direcionados às populações empobrecidas, acaba por reduzir as possibilidades de notificação e denúncia, incidindo negativamente sobre os processos de responsabilização e

protetivos, desde a identificação, afastamento e punição do “agressor”, ao acionamento dos mecanismos de cuidado e proteção para as “vítimas”.

Quando o sigilo e a confidencialidade não são usados em favor da “vítima”, como forma de evitar a revitimização de quem sofreu o abuso ou foi explorado sexualmente; mas, de forma invertida, em proveito daquele que cometeu o crime, o profissional, seja ele médico, psicólogo, assistente social, não só perde a oportunidade de consolidar o espaço de saúde como ambiente de acolhimento, atenção e cuidado, mas contribui para a disseminação da cultura da impunidade, aumentando ainda mais a possibilidade de haver reincidências das violências.

Ao trazermos a categoria “renda familiar” para a discussão, intencionamos apenas ilustrar o perfil das famílias que acessaram o Ambulatório (AMVIVA). De modo geral, essas famílias não se diferem, em seu perfil sócio econômico, daquelas que acessam o Complexo Pediátrico Arlinda Marques por diversos outros motivos relacionados ao adoecimento do grupo etário aqui tratado. Dada sua expressiva oferta de serviços públicos à população infanto juvenil paraibana, desde atendimentos mais elementares aos de maiores especialidades ou complexidades, a exemplo de procedimentos cirúrgicos em neuropediatria. Em geral, esse equipamento de saúde é demandado por usuários que buscam o SUS para resolver demandas não abrangidas pela Atenção Primária à Saúde (APS) e/ ou pelos serviços de urgência prestados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Ao ofertar políticas sociais de Saúde, Educação, Assistência Social, Emprego e Renda, Habitação, dentre outras; se por um lado o Estado cria possibilidades para que essas famílias melhorem suas condições de vida, garantindo o acesso de seus membros a serviços e programas institucionais; em contra partida, esse mesmo Estado, através dessas políticas, se nutre de informações privilegiadas da vida privada dos indivíduos e das famílias, podendo se utilizar desse banco de dados tanto para promover o cidadão usuário, quanto para o seu controle e vigilância.

Não pretendemos aqui afirmar que o Estado não exerça nenhum monitoramento sobre o alcance e efetividade das prestações voltadas às famílias, afinal não podemos perder de vista que para serem implementadas, essas políticas demandam dos cofres públicos vultosos recursos financeiros; mas tão somente provocar uma reflexão sobre a dicotomia existente nas abordagens com famílias, a partir do lugar que essas ocupam, mais precisamente, a partir do recorte de renda e classe social. Não é de hoje que moralistas, letrados e administradores disseminaram

a concepção de Estado onipresente e onisciente, especialmente entre as classes mais empobrecidas.

**Tabela 4.1.7: Acesso das famílias a Programas de Transferência de Renda - PTR**

<b>Acesso PTR</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sim	98	45,79
Não	60	28,04
Não se aplica (institucionalizados)	9	4,21
Não identificado/registrado	47	21,96
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

**Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018**

Nessa categoria de análise temos **98 famílias (45,79%)** com acesso à Programas de Transferência de Renda (PTR) e **60 (28,04%)** sem acesso a esses. Por estarem institucionalizados, o perfil familiar de **9 indivíduos (4,21%)**, incluindo o aspecto de renda, não fora objeto de registro/ análise. **47 (21,96%)** dos instrumentais consultados, não tinham registros concernentes ao acesso das famílias a esse tipo de programa.

No que se refere ao número de famílias pesquisadas que declararam acessarem PTR, destacam-se os Programas Bolsa Família<sup>47</sup> (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada<sup>48</sup> (BPC), sendo mais expressivo o número de famílias vinculadas ao primeiro, razão pela qual, para fins desse estudo, iremos nos ater daqui em diante ao Programa Bolsa Família.

<sup>47</sup> “O Programa Bolsa Família (PBF) foi instituído pelo governo federal através da Lei 10.836/ 2004, vinculado ao então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), atual Ministério da Cidadania (pasta que integra políticas de desenvolvimento social, cultura e esporte no atual governo). Destina-se a unidades familiares que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza, passando a unificar outros programas: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio-Gás. (BRASIL, 2004). De acordo com (BRASIL, 2006 *apud*, LAVERGNE, 2012, p. 325), “[...] a unificação desses programas visou “melhorar a gestão e aumentar a efetividade do gasto social através da otimização e racionalização, ganhos de escala e facilidade da interlocução do governo federal com estados e municípios.”

<sup>48</sup> O Benefício de Prestação Continuada (BPC) foi previsto no Artigo 203 (Inciso V) da Constituição Federal/ 88 e regulamentado nos Artigos 20 e 21 da lei 8.742/ 93, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Composto as prestações afiançadas da Proteção Social Básica, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), corresponde à garantia de um salário mínimo mensal ao idoso a partir dos 65 anos e à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas, cuja renda familiar é inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo, independentemente de contribuição à Seguridade Social (BRASIL, 1993). Maiores informações disponíveis no *link* <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data/index.php>. Nosso acesso: 05.08.2019.

Na Paraíba temos 509.554 famílias beneficiárias do programa<sup>49</sup> (Fonte: Ministério da Cidadania/ Folha de Pagamento do PBF (10/2019)), o que corresponde a 13,53% da população paraibana, que de acordo com o último censo do IBGE (2010) é de 3.766.528 pessoas. O acesso ao programa se dá a partir da inscrição da família no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (ou simplesmente Cadastro Único/ CadÚnico), operacionalizados nos municípios. Os tipos e quantidades de benefícios variam conforme a renda da família beneficiária e sua composição, sendo considerados aspectos como número de pessoas, idades, presença de crianças, adolescentes, gestantes, etc.

A inclusão estará condicionada ao atendimento das regras e requisitos do programa e, a permanência, a observância das famílias às condicionalidades. Seus eixos principais são

[...] transferência de renda às famílias; reforço no acesso dessas aos serviços básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social e integração com outras ações e programas complementares. Aos dois últimos eixos são agregadas condições cujo descumprimento pode provocar a suspensão da ajuda mensal (LAVERGNE, 2012, p. 325-326).

Essas condicionalidades são assim compreendidas, nos termos de Castro (2009) *apud* Lavergne (2012) como mecanismo de “estatização da vida biologicamente considerada”. Dispositivos de controle sobre as unidades estratégicas cujas condutas pretende modificar – a família; mas não qualquer família, a família pobre, indigente, marginalizada, despossuída, constituída “[...] de pessoas declaradas ‘redundantes’, ‘descartáveis’, constituintes do que o sociólogo da ‘sociedade líquida’ chamou de ‘refugo humano’ [...]” (BAUMAN, 2005, *apud* LAVERGNE, 2012, p. 327). Para esses “devedores” do sistema, o Estado elabora mecanismos que pela via da educação e da saúde (como no caso das condicionalidades), atuam no governo das famílias, visando a sua normatização e a produção de novas formas de subjetivação.

Para Lavergne, (2012, p. 324-325) políticas de transferência de renda ostensivamente focalizados sobre os mais pobres e vulneráveis [como é o caso do Bolsa Família], “além de ostentarem um papel compensatório, as principais

---

<sup>49</sup> Dados do governo federal (Ministério da Cidadania) sobre a gestão do Bolsa Família e do Cadastro Único, disponíveis em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/painel.html>. Acesso em: 26.11.2019.

características dessas políticas, de cunho neoliberal, devem atender aos imperativos definidos pelas agências multilaterais de: focalização [...], descentralização [...] e privatização [...].”

**Tabela 4.1.8: Procedência territorial das crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA**

Procedência territorial	Total	%
João Pessoa	123	57,48
Região Metropolitana de João Pessoa	55	25,70
Outros municípios paraibanos	35	15,35
Outros	1	0,47
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

**Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018**

A maioria dos usuários do AMVIVA (crianças, adolescentes e suas famílias), ou seja, **123** indivíduos (**57,48%**) são procedentes do município onde o serviço está localizado, ou seja, João Pessoa. Em sequência destaca-se o número de procedentes da Região Metropolitana de João Pessoa<sup>50</sup>, com **55** indivíduos (**25,70%**). De outros municípios do Estado da Paraíba, identificamos **35** usuários (**15,35%**) e, na categoria “outros”, que equivale a municípios localizados fora do território paraibano, encontramos **um** registro (**0,47%**). Ressalte-se que em 100% dos instrumentais pesquisados, a procedência territorial da população que acessou o serviço fora objeto de registro.

Os residentes do município de João Pessoa, onde o serviço está localizado, tem seu acesso relativamente facilitado, dada a proximidade do Ambulatório com seus locais de moradia; todavia esse acesso é atravessado por outros fatores que podem incidir negativamente no acesso da criança/ adolescente ao serviço e na continuidade de seu acompanhamento médico, psicológico e social no âmbito do AMVIVA como a falta de disponibilidade de tempo de seus pais ou responsáveis em acompanhá-los

<sup>50</sup> A Região Metropolitana de João Pessoa foi criada em 2003 pela Lei Complementar Estadual n. 59 de 30.12.2003, sofrendo alterações posteriores. Sua atual configuração foi regulamentada pela Lei Complementar Estadual n. 93 de 11.12.2009; sendo atualmente composta por 12 municípios: Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Rio Tinto, Santa Rita, Alhandra, Caaporã, Pedras de Fogo e Pitimbu. Representa 31,96% da população do Estado da Paraíba, o que equivale a 1.266.463 residentes. Fonte: Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas. Disponível em: <http://fnembrasil.org/regiao-metropolitana-de-joao-pessoa-pb/>. Acesso em: 06.08.2019.

Em nosso estudo, demos prioridade a apresentarmos os dados referentes aos usuários residentes no município de João Pessoa de modo isolado, como forma de analisarmos a facilidade-dificuldade no acesso ao serviço de saúde a partir do lugar onde as pessoas vivem.

nos atendimentos, por questões relacionadas a inserções dos adultos/ trabalhadores, mesmo que informais, no mundo do trabalho; a falta de recursos financeiros para custear despesas com transporte no trajeto casa-serviço de saúde e; a sobrecarga, especialmente de mulheres, para conciliar a atenção com o/ a filho/a em situação de violência com aquela dispensada aos demais membros da família, no âmbito da divisão doméstica e sexual do trabalho, que como sabemos é atravessada por questões de gênero e histórico culturais que reservam à mulher lugar central no exercício do cuidar.

Esse modelo sociofamiliar ainda prevalecente na contemporaneidade, de sobrecarga da mulher, especialmente da mãe, se configura, em nosso ver, como fator impeditivo ou dificultador não só do acesso para a vinculação da criança/ adolescente ao serviço, mas da regularidade de seus retornos, agendados pelos profissionais de saúde a partir do primeiro atendimento. Pela nossa vivência nesse serviço, antecedente a essa pesquisa, essa era apontada como uma das principais preocupações da equipe multiprofissional do AMVIVA, a ausência dos usuários nos dias de consulta médica e psicossocial, sendo ainda mais enfatizada pela profissional de psicologia, uma vez que as sessões psicológicas são agendadas com maior frequência, semanalmente e, a necessidade de permanência no segmento costuma ser mais prolongada, quando em comparação com as demais especialidades componentes do cuidado integral.

Aqueles usuários dos demais municípios, excetuando os de João Pessoa, tem todos esses fatores agravados pela questão geográfica. De modo que, quanto mais distante do serviço de saúde, maiores as dificuldades das famílias em garantir a presença da criança/ adolescente nos atendimentos, mesmo nos casos que possam contar com a oferta de transporte público intermunicipal custeado pelos municípios<sup>51</sup>.

A partir da Constituição de 1988 e posterior regulamentação do SUS, com a Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, a responsabilidade pela prestação dos serviços de

---

<sup>51</sup> Os municípios paraibanos, dispõem de organização própria no atendimento da demanda de transporte para deslocamento dos usuários da saúde, em veículos de transporte rodoviário, sob a coordenação das suas secretarias municipais de saúde ou de transporte. Em geral, são serviços de elevada demanda e que impõem aos usuários uma série de dificuldades, para além daquelas já impostas pelo próprio processo de adoecimento. Dentre as muitas dificuldades, citamos como exemplo, a inexistência de linha telefônica fixa disponível para o contato direto com as prefeituras, por parte dos órgãos de gestão responsáveis pela prestação desse serviço, tanto para o agendamento das viagens, quanto para a comunicação de eventos não previsíveis e que ocorrem no cotidiano desses usuários quando buscam tratamento fora de seu domicílio/ território.

saúde passou a ser prioritariamente dos municípios, com os entes estadual e federal participando como corresponsáveis. Também é possível identificarmos esse princípio organizativo de ênfase da atenção aos munícipes como responsabilidade da gestão municipal no texto da Norma Operacional Básica 01/ 96.

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município - o SUS-Municipal - voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (PORTARIA N. 2.203, DE 05.11.1996 – NORMA OPERACIONAL BÁSICA – NOB 1/96 DO SUS).

O documento esclarece não haver obrigatoriedade dos estabelecimentos desse subsistema estarem no território do município ou serem de propriedade da prefeitura, mas o acesso aos serviços pela população precisa ser assegurado pelo gestor municipal, além dos meios para o atendimento integral.

Não pretendemos aqui desconsiderar a realidade diversificada das condições de gestão e orçamentária dos municípios, especialmente daqueles que dependem quase que exclusivamente de repasses do Estado e da União, como é o caso de muitos municípios paraibanos; mas, trazer à discussão a oportunidade de fomentar o debate sobre as dificuldades concretas e cotidianas que incidem no processo saúde-doença e, de modo especial, no cuidado com crianças e adolescentes em situação de violência sexual, para não incorreremos no imediatismos de interpretações que dão voz a frases do tipo “*A criança faltou à consulta por não haver adesão dos pais ao seu tratamento.*” “*Mais uma vez esse adolescente não compareceu para atendimento, sua família deve ser conivente com os abusos.*” Nesses anos que atuei como assistente social na política de saúde pude ver muito sofrimento e carência dos usuários, ausência de equipamentos públicos com trabalho em rede verdadeiramente comprometidos com uma prestação de serviço cidadã e parcela considerável de atores sociais, agentes públicos, resguardados em seus impecáveis jalecos brancos, insensíveis às dificuldades vivenciadas pelos mais frágeis do sistema, as famílias pobres.

## 4.2 A Dimensão do Adoecimento: Incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Neste bloco traremos dados correspondentes à categoria incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Como parte da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual é realizada a consulta clínica, com exame físico e realização de exames específicos para detecção, prevenção e tratamento de infecções ou doenças. Embora essa não seja matéria de domínio do Serviço Social, optamos por trazer esse dado como forma de ilustrar o percentual de usuários que no exame físico (incluindo o exame das regiões vaginal e anal, tanto em meninos quanto em meninas) e/ ou laboratorial houve a detecção de Infecção Sexualmente Transmissível<sup>52</sup> (IST), revelando as múltiplas dimensões e complexidades do fenômeno estudado.

**Tabela 4.2.1: Crianças e adolescentes com IST atendidos pelo AMVIVA**

Incidência de IST	Total	%
Sim	48	22,43
Não identificado/registrado	166	77,57
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

**Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018**

Da totalidade pesquisada, **48 (22,43%)** tiveram diagnóstico apontado a partir de relatos médicos registrados em instrumentais do serviço social e/ ou cópias de exames anátomo patológico positivos para essas infecções, anexadas aos documentos pesquisados e, **166 instrumentais pesquisados (77,57%)** não faziam menção a essa problemática. Ressalte-se que o percentual positivo para IST poderá estar subnotificado, uma vez que tal registro não se constitui campo prioritário do

<sup>52</sup> De acordo com o Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde, “as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. São transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas” (Fonte disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 08.08.2019

Serviço Social na saúde, mas das profissionais da área médica, o que revela que o número de crianças e adolescentes atendidos com essas infecções poderá ser ainda maior.

Dentre as IST, há uma prevalência para o condiloma<sup>53</sup>. Inclusive há casos em que a criança/ adolescente já chega no serviço ambulatorial com diagnóstico ou hipótese diagnóstica realizada em internação hospitalar recente, onde passaram por procedimentos cirúrgicos para remoção das lesões condilomatosas, geralmente em região vaginal, anal ou perianal.

A literatura aponta que são muitas as consequências da violência sexual para quem as vivencia, visíveis ou latentes, o fato é que todas trazem dor e sofrimento que se prolongam para além do período dos episódios abusivos, demandando dos serviços especializados na saúde e da rede de atenção, numa perspectiva de cuidado integral, envolvimento responsável, competente e humanizado por parte de técnicos e gestores.

Schelb (2008, p.19-20) elenca algumas dessas consequências em sua obra, no que o autor denomina de “indicadores físicos de abuso sexual da criança e do adolescente”

Infecções urinárias; dor ou inchaço na área genital ou anal; lesão ou sangramento genital ou anal; secreções vaginais ou penianas; doenças sexualmente transmissíveis; dificuldade de caminhar ou sentar; falta de controle ao urinar (incontinência urinária); enfermidades psicossomáticas (doenças de pele ou digestivas, etc.).

---

<sup>53</sup> O condiloma é uma infecção causada pelo vírus HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano). É um vírus que infecta a pele ou mucosas (oral, genital ou anal) das pessoas, provocando verrugas anogenitais (na região genital e ânus) e câncer, a depender do tipo de vírus. A infecção pelo HPV é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). As lesões podem ser clínicas (apresentam-se como verrugas únicas ou múltiplas, de tamanho variável, achatadas ou papulosas (elevadas e sólidas) denominadas tecnicamente condilomas acuminados e popularmente conhecidas como "crista de galo", "figueira" ou "cavalo de crista") ou subclínicas (não vistas ao olho nu). A transmissão do HPV se dá por contato direto com a pele ou mucosa infectada. A principal forma de transmissão é pela via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital. Portanto, o contágio com o HPV pode ocorrer mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal. Também pode haver transmissão durante o parto. (Fonte: Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do MS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 08.08.2019).

Para além dos indicadores ou consequências apontadas, podemos citar ainda “lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrente de sexo oral; o rompimento himenal; a gravidez e o aborto”, além de consequências prováveis que afetam mais diretamente o desenvolvimento das relações afetivo sexuais desse grupo etário (BRASIL, 2010, p. 47):

Distúrbios ou impossibilidade de assumir uma vida sexual adulta saudável: ausência de desejo sexual, anorgasmia, frigidez, impotência, ejaculação precoce. Dificuldades no desenvolvimento sexual: tendências para a assexualidade ou hipersexualidade. Desvio de comportamento sexual: promiscuidade, perversão, fetichismo, exibicionismo, *voyeurismo*, parafilias - pedofilia.

### 4.3 Os Autores das Violências Sexuais Perpetradas

Neste bloco traremos dados correspondentes às categorias vínculo/parentesco com o(s) autor(es) do(s) ato(s) abusivo(s) (suspeitos ou confirmados) e número de autores envolvidos nesses atos.

É mister lembrar aqui que o conceito de família e, portanto, de vínculo parental adotado nesse estudo não se limita àqueles relativos à consanguinidade, em conformidade com o que a sociedade já convencionou e as leis consagraram sobre a matéria.

**Tabela 4.3.1: Vínculo/ parentesco entre as crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA e os autores dos atos abusivos**

Vínculo/parentesco	Total	%
Pai	20	9,35
Padrasto	21	9,81
Avô	10	4,67
Outros parentes	38	17,76
Vizinho/conhecido	43	20,09
Amigo/namorado	15	7,01
Desconhecido	7	3,27
Outros	7	3,27
Não identificado/registrado	53	24,77
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018

Os dados na categoria vínculo ou parentesco da criança/ adolescente com autores dos atos abusivos convergem para igual tendência já apontada por inúmeras pesquisas que estudam o fenômeno, segundo a qual, a maioria dos abusos sexuais contra crianças e adolescentes são perpetrados por pessoas com quem as “vítimas” estabelecem relações interpessoais (familiares e extrafamiliares). Os perpetradores das violências sexuais são, em sua maioria, pessoas próximas das crianças/ adolescentes, alguém com quem esses indivíduos têm relação de proximidade, confiança e vínculos de consanguinidade, afinidade ou afetividade. Nesse grupo, nossa pesquisa traz como resultado os seguintes números: pai, **20 (9,35%)**; padrasto, **21 (9,81%)**; avô **10 (4,67%)**; outros parentes, **38 (17,76%)**; vizinho ou conhecido, **43 (20,09%)**; amigo ou namorado, **15 (7,01%)**; totalizando 147 indivíduos (68,69%). Como desconhecidos das “vítimas” foram identificados apenas **7 indivíduos (3,27%)**; idêntico percentual que aparece no campo “outros”. Em **53 (24,77%)** dos documentos pesquisados não foi possível identificar a relação da criança/ adolescente com o(s) autor(es) do ato abusivo, não por intenção deliberada do profissional de Serviço Social em ausentar dos registros dados tão importantes, mas em razão da diversidade no conteúdo mesmo dos relatos trazidos pelos usuários/ informantes, de modo que é possível identificar documentos institucionais com informações detalhadas sobre o episódio da violência sexual (com referência a data, local, pessoas envolvidas, medidas de proteção adotadas) e outros com registros parciais ou até imprecisos.

Não podemos desconsiderar a possibilidade da criança ou do adolescente serem trazidos ao serviço de saúde por pessoa próxima, familiar ou não, que esteja envolvida direta ou indiretamente na situação de violência que demandou o atendimento ou de estar omitindo informações intencionalmente, por medo, convivência ou simples desconhecimento da realidade vivenciada pela “vítima”.

Ressalte-se que dentre os que figuram como “outros parentes” temos, em sua maioria, tios, irmãos, primos, cunhados, padrinho, dentre outros com vínculo parental. Já na categoria “outros”, identificamos um professor, uma babá e um “colega” com vínculo institucional. Nesse último caso, “vítima” e autor do abuso encontravam-se sob os cuidados do Estado em instituição de acolhimento para crianças e adolescentes.

Ao apresentar as violências que acometem crianças e adolescentes, segundo sua natureza, o Ministério da Saúde defende que a violência sexual

[...] é predominantemente doméstica, especialmente na infância. Os principais perpetradores são os companheiros das mães, e, em seguida, os pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas (BRASIL, 2010, p. 33).

Ao consultarmos o documento *Atlas da Violência 2018* observamos que no item vínculo/ relação “vítima-agressor” temos que o maior número de estupros contra crianças são cometidos por amigos ou conhecidos, na casa dos 30,13% e, no caso dos adolescentes o percentual de desconhecidos (as) é o que assume o ranking, com 32,50%. Mas, um outro dado chama atenção nessa pesquisa, é o número expressivo de parentes próximos à criança como autores dos estupros, 27,38% nas categorias pai, padrasto e irmão (ã) juntos. Já no caso dos adolescentes esse somatório das três categorias somar 15,47%, o que corrobora com as conclusões a que chegaram outras pesquisas sobre o fenômeno, ao apontarem a expressiva incidência dessa problemática no âmbito doméstico ou intrafamiliar, conclusão que tem se revelada também na nossa pesquisa.

A figura do pai aparece como perpetrador em 9,35% dos documentos pesquisados em nosso estudo. Para Miller *apud* Guerra (2008. p. 43) “[...] qualquer pessoa que perpetra a violência contra seu filho, foi ela mesma severamente traumatizada em sua infância de alguma forma [...].” Não temos aqui a intenção de afirmarmos, ancorados em outros autores, haver uma relação direta de causa e efeito ou fatalista entre a prática da violência e sua reprodução ou perpetuação através da “vítima”, que mais adiante será, ela própria a perpetradora; mas convidar o leitor a maior aprofundamento sobre a questão. Esse estudo não esgota a temática dando respostas estáticas ou acabadas.

Nossa pesquisa não identificou nenhum caso envolvendo mãe-filho, no tocante a estupro ou qualquer outra modalidade de violência sexual, já no documento ante referido aparece, na devida ordem, 2,48% referente a crianças e 1,63% a adolescentes. Na literatura sobre a temática e nas pesquisas em geral, não é comum mães figurarem como perpetradoras de abusos sexuais e, nos casos em que são apontadas como cúmplices ou coniventes

[...] na maioria das vezes apresenta-se submissa ao companheiro, mas ao mesmo tempo desempenha um papel de superprotetora deste. Ajuda a manter o complô do silêncio justificando ou encobrindo o que

acontece. Também apresenta histórico de vitimização na infância, inclusive frequentemente como vítima de abuso sexual. Com poucos recursos para proteger a criança, quando o faz tem dificuldade em manter esta proteção, pois ela própria pode estar sendo vítima de agressões deste companheiro [...]” (CRAMI, 2009, p. 19-20).

Nos casos em que a conduta da mãe se assemelha à acima descrita, observamos, via de regra, uma maior comoção e revolta social, geralmente potencializada por noticiários exaustivamente veiculados por uma indústria midiática quase sempre despreparada e sem habilidade para situar a análise do fenômeno considerando suas múltiplas dimensões: social, econômica, política e histórico cultural, incitando ainda mais violência e disseminando o preconceito e o ódio. É preciso cuidado quando falamos sobre o perfil da vítima e do agressor, entre outros conteúdos correlatos à violência sexual, sob pena de estarmos incitando o que Jenkins *apud* Landini (2011, p. 44) denomina *pânico moral*. Segundo esse autor, “o termo *pânico moral* implica não apenas que há um medo mas também que esse medo é exagerado e direcionado ao objeto errado.”

Em até certa medida, a sociedade tem sido mais tolerante com o abuso perpetrado pela figura masculina, quando não fica evidenciado a participação da mãe como coautora ou cúmplice. Consideramos que também aqui “o mito do amor materno” problematizado por Badinter (1985) ocupe lugar de destaque. Na contemporaneidade o imaginário social prevalecente continua a associar a mãe a figuras heroicas, possuidoras de um amor universal e incondicional, desconsiderando as múltiplas possibilidades do feminino.

**Tabela 4.3.2: Número de autores (suspeitos/ confirmados) dos atos abusivos contra crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA**

<b>Número de autores</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Um	140	65,42
Dois ou mais	36	16,82
Não identificado/registrado	38	17,76
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

†Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018

De acordo com os documentos pesquisados, na maioria dos atos abusivos, a criança ou o adolescente estavam diante de um único perpetrador, realidade revelada por **140** documentos pesquisados (**65,42%**). Em **16,82%** dos casos fora citado pelo

informante no atendimento tratar-se de episódios envolvendo dois ou mais autores<sup>54</sup>, totalizando **36** casos nessa categoria. Em **38** documentos pesquisados (**17,76%**) não foi possível precisar os autores dos atos abusivos em números.

Ao analisar o número de perpetradores do crime de estupro no Brasil, de 2011 a 2016, a partir de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação/SINAN<sup>55</sup>, o *Atlas da Violência 2018* traz a seguinte realidade: o maior número de casos, em todas os grupos etários (crianças, adolescentes e adultos), apresentam um só perpetrador, sendo 2011 o ano em que esse dado teve maior índice, 81, 2%, caindo para 77,6%, em 2016. O Ministério da Saúde exclui dessa categoria os casos de estupro coletivo, ou seja, aqueles perpetrados por dois ou mais indivíduos.

Quando a violência sexual ocorre com a participação simultânea de dois ou mais agressores, a possibilidade da “vítima” conseguir resistir ou se desvencilhar se torna ainda mais remota, sobretudo em se tratando de crianças, dada sua maior fragilidade física e emocional; sem contar que os agressores podem pactuar entre si, estratégias ainda mais elaboradas, pondo em prática táticas mais eficientes para silenciar a “vítima” e desviar ou anular possíveis interferências externas que poderiam fazer cessar o ato abusivo.

Ilustrativo dessa realidade podemos citar um dos muitos casos que acompanhei como assistente social, em atendimento à criança/ adolescente em situação de violência sexual. Trata-se de um episódio protagonizado por uma adolescente com deficiência auditiva. De acordo com o relato de sua mãe, a filha fora abordada por um grupo de meninos (com idades próximas a da “vítima”) no caminho da escola para casa. O que chamou atenção nesse caso fora a capacidade de articulação e premeditação do grupo. Todos os envolvidos tinham vínculo com a mesma instituição escolar e, a adolescente, fora forçada a manter relações sexuais e outros atos libidinosos com eles. Nesse caso as chances da “vítima” em pedir ajuda foram

---

<sup>54</sup> Esclarecemos que estamos incluindo nessa categoria casos de violência sexual envolvendo dois ou mais perpetradores no mesmo episódio abusivo ou em episódios abusivos distintos, excluindo-se apenas os casos em que o “agressor” referido fora apenas um indivíduo.

<sup>55</sup> Esse sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016). Foi implantado no país a partir de 1990, sendo atualmente utilizado em todos os municípios, segundo o Comitê de Estatísticas Sociais do IBGE. Funciona como instrumento de identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O órgão responsável pelo SINAN é o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) e da Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis.

anuladas, tanto pela escolha do local do crime, uma construção inabitada, quanto pela condição de pessoa com deficiência da jovem.

Em se tratando de situações em que “as violências que já ocorreram voltem a acontecer, seja nas relações atuais ou se perpetuando pelas gerações futuras” (BRASIL, 2010, p. 18), o que os especialistas chamam de violência intergeracional<sup>56</sup>, o Ministério da Saúde chama atenção para a importância das medidas preventivas a serem adotadas pelos profissionais junto a crianças, adolescentes e seus familiares; bem como para a importância do indispensável investimento em educação permanente dos técnicos que atuam nos serviços.

Profissionais capacitados aumentam as chances dos casos serem identificados precocemente e conseqüentemente das medidas de cuidado e proteção iniciarem mais cedo, reduzindo o tempo de exposição da “vítima” aos riscos potenciais e concretos e, em casos bem conduzidos, numa perspectiva de trabalho em rede de atendimento, possibilitando cessarem as violências.

#### **4.4 Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual: Dimensão do Cuidado em Saúde e a Rede de Proteção Social**

Neste bloco traremos dados correspondentes à categoria vinculação à Rede de Proteção Social. Entendida como o conjunto de entidades, instituições e atores sociais que atuam na salvaguarda dos direitos de crianças e adolescentes, com especial destaque para os Conselhos Tutelares, os CREAS, as Promotorias e as Varas da Infância e Juventude.

**Tabela 4.4.1: Vinculação das crianças e adolescentes atendidos pelo AMVIVA à Rede de Proteção Social**

<b>Vinculação à Rede</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Anterior ao atendimento	114	53,27
A partir do atendimento	54	25,23
Não identificado/registrado	46	21,50
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

**Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2010-2018**

<sup>56</sup> A violência intergeracional diz respeito à reprodução e transmissão da violência através de gerações familiares (BRASIL, 2010, p. 18).

Nenhuma política ou ação de saúde dará conta de enfrentar os aspectos biopsicossociais do adoecimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, seja ela física, psicológica, sexual ou de qualquer outra natureza, se não for capaz de trabalhar na perspectiva de rede de cuidado e atenção.

De acordo com os documentos pesquisados, dos usuários que acessaram o serviço, **114** deles (**53,27%**) já apresentavam algum vínculo com integrantes da Rede de Cuidado e Proteção Social e, **54** (**25,23%**) passaram a ter esse vínculo a partir dos encaminhamentos realizados pelo AMVIVA, totalizando 78,50% o número de crianças/ adolescentes vinculados a outros órgãos integrantes da rede. Em **46** instrumentais (**21,50%**) não fora identificada a existência desse vínculo.

O número por si só é representativo do esforço da saúde e de outras políticas sociais em trabalhar com fluxos de referência e contra referência, todavia não dão conta de expressar a qualidade desse trabalho em rede, na perspectiva da efetividade do cuidado e da proteção social infanto-juvenil.

[...] a complexidade da violência exige que os serviços de saúde, assistência social, educação, segurança, defesa e proteção atuem de forma articulada e intersetorial, permitindo a flexibilidade e a ampliação do fluxo em todas as dimensões do cuidado<sup>57</sup> [...], de forma a promover a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010, p. 76).

Em nossa vivência no serviço pesquisado, temos experiências exitosas no trabalho em rede e, algumas, também frustrantes, ao desnudarem os fios esgarçados dessa famigerada e tão negligenciada rede que, conforme bem sabemos precisa de várias mãos, vários atores envolvidos para sua construção e consolidação em busca do efetivo cumprimento de seu papel social. Profissionais despreparados, seja pela baixa qualidade do ensino em sua formação de base, seja pela inserção em instituição não promotora de processos de capacitação em serviço, seja pela ausência de afinidade com a causa da infância vitimizada, acabam por contribuir para a fragilidade da rede e conseqüente desqualificação na prestação do cuidado. Concordamos com

---

<sup>57</sup> De acordo com a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: orientação para gestores e profissionais da saúde”, documento publicado e amplamente divulgado pelo Ministério da Saúde em 2010, as dimensões do cuidado correspondem ao passo a passo da atenção que deve ser prestada pelo serviço de saúde a “vítima” e que se efetivam através das seguintes etapas: Acolhimento; Atendimento; Notificação e Seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

Neves (2010, p. 106) ao afirmar que “[...] uma rede formada por profissionais despreparados pode oferecer risco de revitimização.”

E esse risco se torna ainda mais comprometedor em se tratando de agentes públicos com legítimo mandato para atuarem na garantia e defesa de direitos de crianças e adolescentes, como é o caso de conselheiros tutelares, delegados, promotores, juízes e outros operadores do Sistema de Garantia de Direitos. Ao estabelecer vínculo com a criança ou adolescente no cumprimento de seu dever funcional, esses atores assumem papel estratégico no enfrentamento da situação de violência vivenciada, de modo que, se suas condutas não estiverem pautadas em princípios e valores inalienáveis da pessoa humana, todas as etapas de cuidado antecedentes poderão estar comprometidas, frustrando não só a criança ou o adolescente que lhe confiou um “segredo”, mas os demais atores da rede envolvidos no processo de cuidado e proteção. Ao passo que, quando as ações são articuladas e convergentes para um atendimento eficaz, cada ator terá cumprido o seu papel social, mesmo em cenários onde os recursos materiais e tecnológicos disponíveis são insuficientes ou escassos.

São componentes “[...] da rede social de atenção à criança e ao adolescente os Conselhos de Direito, Conselhos Tutelares, Promotoria e Juizado da Infância e Adolescência, e instituições como escolas, postos de saúde, hospitais e abrigos” (HABIGZANG *et al. apud* NEVES *et al.*, 2010, p. 106). Daí depreende-se que uma das características da rede é a sua heterogeneidade, uma vez que em sua formação encontramos atores diversos e instituições com serviços, ações, projetos e programas variados.

Sendo a violência um fenômeno multidimensional e multifacetado, essa variedade de saberes, perícias, especialidades, se usadas de forma coordenada e articulada certamente maiores serão as chances de cessarem os atos abusivos, responsabilizar os perpetradores e minimizar os efeitos deletérios deixados pela violência.

Mas é importante registrar que um trabalho em rede não se esgota na “boa vontade” e capacitação dos profissionais, estes deverão contar com a necessária e adequada “[...] área física, a compatibilização entre a oferta e a demanda dos serviços, a governabilidade das equipes locais, associadas ao modelo de gestão de redes para definição de protocolos e de fluxos de atenção integral [...]” (BRASIL, 2010, p. 90). No

âmbito do SUS, o documento norteador para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é a Portaria 4.279/ 2010.

#### 4.5 O Perfil da Equipe de Saúde e os Desafios para a Efetivação dos Atendimentos no Olhar dos Profissionais

Nessa seção, apresentamos os enfrentamentos e desafios no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual, a partir da visão dos profissionais de saúde que compõem a o AMVIVA. São problematizados temas como investimento em capacitação, divulgação do serviço, referência e contra referência dos usuários, efetivação do princípio da prioridade absoluta preconizado no ECA para crianças e adolescentes, dentre outros.

O texto que segue também possibilita a caracterização desses profissionais e do serviço especializado ao qual se vinculam, no que tange, por exemplo, a aspectos da formação, relacionais e metodológicos da equipe, vínculo institucional, condições de trabalho, presença/ ausência de elementos para o seu adequado funcionamento, a exemplo de espaço reservado para a guarda do material sigiloso produzido nos atendimentos.

**Tabela 4.5.1: Idade e sexo das profissionais que compõem a equipe de saúde**

Profissionais	Sexo		Idade (anos)
	Feminino	Masculino	
Assistente Social	1	-	37
Médica Ginecologista	1	-	38
Médica Pediatra	1	-	48
Psicóloga	1	-	35
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Na categoria sexo dos componentes da equipe, podemos observar ser unânime a presença de profissionais do **sexo feminino**, na ordem de **100%**. Essa tendência está diretamente relacionada com a divisão sexual do trabalho, onde as mulheres predominam no ramo das atividades relacionadas ao cuidado. E esse fenômeno na área de saúde é muito evidente, onde as mulheres são maioria em carreiras como

pediatria, psicologia, serviço social, enfermagem, etc. Para Machado, em via de regra as mulheres

[...] acabam por procurar profissões, ramos de atividades, ou ocupações que não provoquem um rompimento radical com suas atividades no âmbito doméstico. É o caso, por exemplo, das mulheres médicas, que acabam, de uma forma ou de outra, direcionando sua carreira profissional para as especialidades de pediatria, ginecologia, psicoterapia, etc. (MACHADO, 1986, p. 450).

No Brasil, segundo (BRASIL, 2007 *apud* ASSUNÇÃO, 2011, p. 456), as mulheres representam quase 80% da força de trabalho em saúde. No Serviço Social brasileiro temos que mais de 90%<sup>58</sup> da composição da categoria é feminina, de acordo com a pesquisa “Assistentes Sociais no Brasil”, realizada em 2005 pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS.

Quanto ao item **idade** (em anos) dos profissionais pesquisados, conforme expresso na tabela 4.5.1 ante descrita, temos uma faixa etária entre **35 e 48 anos**. Para o IBGE, pessoas com idades entre 20 e 59 anos são consideradas adultas. Essa parcela populacional, via de regra, é conceituada como economicamente ativa, pois, ou estar inserida em atividades economicamente produtivas ou tem o potencial para essa inserção, o que situa esse ciclo de vida em um lugar privilegiado no contexto do sistema produtivo, dada a sua capacidade laboral.

**Tabela 4.5.2: Ano e local de formação dos profissionais que compõem a equipe de saúde**

Formação	Entrevistada (número)	Conclusão Graduação (ano)	Instituição Formadora	
			Pública	Privada
Serviço Social	1	2006	1	-
Medicina	1	2004	1	-
Medicina	1	1995	1	-
Psicologia	1	2001	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
%	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>25</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Quanto ao **ano de formação**, identificamos predominância para os anos 2000, realidade de 3 das 4 entrevistadas. E, apenas uma profissional com formação nos

<sup>58</sup> Dado disponível no link: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes>. Disponível em: 09.01.2020.

anos 1990. Todas as pesquisadas, nesse caso, a partir do que se pode inferir, tiveram seu processo de formação atravessado pelo debate em torno da saúde como direito de cidadania e pelo processo de construção e consolidação do SUS, cujas leis orgânicas datam de 1990. Trata-se da Lei 8.080 e da Lei 8.142, importantes instrumentos na definição das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços relacionados à saúde, distribuição de responsabilidades entre os entes federados, a participação da população na gestão do sistema, as transferências de recursos; entre outros princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Na categoria natureza da **instituição formadora**, 3 das 4 entrevistadas afirmaram ter concluído sua formação em instituição pública de ensino. Apesar da escalada recente de ataques a autonomia das universidades públicas no país, reafirmamos essa opção de ensino como a que possibilita uma maior qualidade na formação dos graduandos, em comparação com a modalidade privada, dado o viés mercadológico dessa última. Sabemos que as chances de acesso dos estudantes ao ensino superior são atravessadas por diversas barreiras, impostas sobretudo àqueles advindos das classes populares, todavia, é possível constatar a existência, nas últimas décadas, de uma maior democratização no sistema de ensino superior, graças a iniciativas e políticas públicas voltadas a expansão de seu acesso. De acordo com (SALATA, 2018, p. 225)

Entre essas políticas, destacam-se as seguintes: o sistema de cotas, o Programa Universidade para Todos (Prouni) e o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies). O sistema de cotas, adotado por algumas poucas universidades a partir do início da década de 2000, ganha impulso em 2012, quando foi sancionada a lei n. 12.711, que obrigava as instituições federais a, gradualmente, no prazo de quatro anos, garantir 50% das matrículas a estudantes oriundos do ensino médio público, mesclando também critérios de renda e raciais. Já o Prouni, anunciado no ano de 2004 e transformado em lei (n. 11.096) em 2005, tem como objetivo conceder bolsas de estudo, integrais e parciais, para alunos de instituições privadas de Ensino Superior. [...] Finalmente, o Fies, regulamentado em 1999, visa conceder financiamento a estudantes matriculados em instituições privadas de Ensino Superior, cujo curso tenha obtido avaliação adequada pelo governo [...].

**Tabela 4.5.3: Formação em pós-graduação pelos profissionais da equipe de saúde**

	Modalidades de pós-graduação dos profissionais		
	Especialização	Residência	Mestrado Acadêmico
Profissionais (4)	3	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>%</b>	<b>75</b>	<b>50</b>	<b>25</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Na categoria formação em pós-graduação, especial destaque para a modalidade **Especialização**<sup>59</sup>, tipo de curso acessado por 3 das 4 entrevistadas. 50% da equipe realizou curso na modalidade **Residência** e, apenas 1 dentre as 4 entrevistadas, declarou ter concluído o **Mestrado Acadêmico**. De modo que todas as profissionais possuem pelo menos um curso de pós-graduação.

Sendo a competitividade e a concorrência marcas do capitalismo, acirradas no contexto do neoliberalismo, a busca por cursos de pós-graduação, nas diferentes áreas, incluindo a saúde, se apresenta como uma necessidade premente. Sua apresentação no currículo tem sido uma exigência, um requisito, em tempos de baixa oferta de emprego e incentivos a informalidade e ao empreendedorismo. Mesmo em áreas em que o Estado figura como empregador importante, como é o caso da saúde. Segundo (ASSUNÇÃO, 2011, p. 456) do montante de empregos registrados no setor saúde no Brasil (em 2007), 56,4% estão no setor público.

**Tabela 4.5.4: Vínculo empregatício, carga horária semanal e tempo de trabalho da equipe de saúde na instituição**

	Vínculo Empregatício		Carga horária semanal (horas)			Tempo na Instituição (anos)		
	Efetivo	Prestação de Serviço/ Contrato	8h.	24h.	30h.	1 a 3 anos	4 a 9 anos	
Profissionais (4)	3	1			2	2	2	
				1				
			1					
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	
<b>%</b>	<b>75</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

<sup>59</sup> De acordo com pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2005 (dados de 2004), quanto a qualificação dos assistentes sociais brasileiros, temos que: “55,34% têm graduação; 35,26% têm título de especialista; 6,49% têm mestrado; 1,24%, doutorado e 0,67%, pós-doutorado (IAMAMOTO, 2009, p. 346).”

O Estado da Paraíba tem distintas formas de vínculo com os trabalhadores da saúde que prestam serviço em suas unidades. Dessa forma, identificamos entre as entrevistadas os vínculos **Efetivo**, onde estão inseridas 3 das 4 profissionais e, o de **Prestação de Serviço/ Contrato**, que corresponde a forma de vínculo de uma delas.

Apesar do concurso público passar a ser uma regra de observância obrigatória quando do provimento de cargos ou empregos na Administração Pública, nos termos do artigo 37, inciso II, da Constituição Federal de 1988, o qual determina que tal investidura depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos; ainda permanece de forma expressiva em nosso Estado, e não exclusivamente na Paraíba, a prática de contratação por excepcional interesse público<sup>60</sup>, uma modalidade precária de trabalho.

A precarização do trabalho no âmbito do serviço público em saúde, perpassa a questão do vínculo contratual. Trabalhadores contratados para prestar serviço temporário poderão prejudicar a qualidade e a continuidade dos serviços prestados, devido a impossibilidade de se vincularem a projetos de médio ou longo prazos, dada a rotatividade desses profissionais nos serviços. O prejuízo também incide para o próprio trabalhador, visto que geralmente essa modalidade contratual impõe condições concretas de trabalho inferiores àquelas ofertadas aos trabalhadores do quadro efetivo. Desvantagens que se traduzem em salários inferiores aqueles pagos aos efetivos, mesmo no desempenho de igual função e cumprimento de idêntica carga horária; não gozo de período de férias; não usufruto do 13º salário e menor autonomia na relação com chefias, devido à instabilidade no emprego, dentre outras desvantagens.

Quanto a categoria **carga horária (semanal)**, prevalece com 2 das 4 entrevistadas a carga horária de 30 horas semanal. Uma trabalhadora declarou ser de 24 horas semanal sua carga horária e 1, dentre as 4 entrevistadas, expressou ser de 8 horas. Podemos observar ser bastante heterogênea no serviço pesquisado o tratamento com os seus trabalhadores, no item carga horária.

Essa flexibilidade do tempo contratual nas instituições de saúde é muito comum na realidade dos trabalhadores de saúde em nível local e no país. Geralmente esses

---

<sup>60</sup> Dados do Tribunal de Contas da Paraíba (TCE-PB) dão conta de que essa modalidade de contratação corresponde a 25,46% das admissões nos municípios do Estado.  
Fonte: Jornal da Paraíba. Disponível no link <http://blogs.jornaldaparaiba.com.br/plenopoder/2019/10/28/no-dia-do-servidor-publico-municipios-da-paraiba-tem-quase-55-mil-com-contratos-precarios/>. Acesso em: 09.01.2020.

profissionais acumulam vínculos com mais de um ente governamental ou se dividem entre a realidade do emprego público e do privado<sup>61</sup>. Em muitas profissões de saúde, é graças a essa possibilidade de acúmulo de vínculos que o empregado consegue uma remuneração mais vantajosa, apesar do desgaste e implicações para a saúde do trabalhador que essa alternativa representa. A Constituição Federal, em seu Artigo 37, prevê o direito ao acúmulo de dois empregos públicos com horários distintos para profissionais dessa área.

Em se tratando do tema **tempo na instituição (em anos)** ilustrado na tabela 4.5.4, temos que duas entrevistadas possuem entre 1 a 3 anos e, igualmente duas, possuem entre 4 a 9 anos na instituição. O tempo acumulado de experiência na área de atuação é um fator positivo no desenvolvimento de expertises e na consolidação dos vínculos e troca de saberes dos recursos humanos. Profissionais com maior tempo de serviço na mesma área são agentes estratégicos fundamentais no aperfeiçoamento dos processos de trabalho e, se bem estimulados e direcionados podem atuar como multiplicadores de boas práticas.

**Tabela 4.5.5: Tempo de trabalho e forma de adesão do profissional de saúde ao AMVIVA**

Profissionais (4)	Tempo no AMVIVA (anos)		Vinculação ao AMVIVA como opção	
	1 a 3	4 a 9	Sim	Não
	3	1	4	-
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>%</b>	<b>75</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>0</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Quanto ao **tempo de trabalho no AMVIVA** (serviço de referência para os casos de violência), Três, entre as 4 entrevistadas, declararam ter entre 1 a 3 anos de vinculação. Uma profissional está no serviço a mais tempo, ou seja, entre 4 a 9 anos. Lidar com a violência no cotidiano de um serviço, atendendo pessoas que chegam não só com sintomas físicos e visíveis, mas trazendo seus medos, angústias e traumas impostos pela violência vivenciada; requer do profissional mais do que

<sup>61</sup> No caso dos assistentes sociais, em diferentes áreas de inserção, incluindo a saúde, temos que a grande maioria, 77,19%, possui apenas um vínculo empregatício; 10,31% registram dois vínculos e apenas 0,76%, três ou mais. A ausência de vínculos é expressiva (11,74%). Dados de pesquisa realizada, em 2005 (dados de 2004) pelo CFESS (IAMAMOTO, 2009, p. 346).

habilidades técnicas e domínio de processos de trabalho, para que efetivamente consiga acolher, atender e realizar os encaminhamentos, na perspectiva do atendimento integral. Nesse sentido, o tempo de experiência no serviço se constitui como um potente instrumento na garantia de um atendimento de qualidade. A experiência acumulada e partilhada em equipe pode ser um recurso valioso na construção de estratégias de cuidado e de proteção.

No que se refere a **forma de adesão ao AMVIVA**, todas as entrevistadas, sem exceção, declararam que o vínculo a esse serviço especializado fora uma opção. Não havendo em suas falas menção a qualquer tipo de pressão que tenha sido exercida por parte do dirigente da instituição ou de pessoa hierarquicamente superior em impor tal vínculo.

Escolher trabalhar com a violência, estar predisposto a atuar no atendimento a pessoas em situação de violência é um elemento importante na construção e consolidação de um serviço de excelência. Profissionais que têm afinidade com a causa da infância e se sentem motivados para atuar no enfrentamento à violência contra esse segmento etário são aliados importantes na oferta de um serviço de saúde humanizado, resolutivo e efetivo.

**Tabela 4.5.6: Experiência profissional no segmento da violência contra crianças/adolescentes no âmbito da saúde**

	O AMVIVA é a 1ª experiência	Já chegaram ao AMVIVA com experiência
Profissionais (4)	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>%</b>	<b>75</b>	<b>25</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

No item **experiência profissional no segmento**, 3 das 4 entrevistadas afirmaram que o AMVIVA fora a primeira experiência vivenciada no segmento da violência contra crianças e adolescentes no âmbito da saúde. Apenas uma, entre as profissionais da equipe, declarou já ter chegado ao serviço com experiência anterior.

O trabalho com a violência é desafiador por diversos aspectos e, quando se trata de crianças e adolescentes, pessoas em fase de desenvolvimento, portanto, mais vulneráveis, esse desafio se torna ainda maior. A experiência prévia quando

abraçamos novos desafios, ajuda a iluminar os caminhos a serem percorridos, aumentando a possibilidade de sermos mais assertivos.

A realidade revelada na pesquisa, no quesito *experiência dos integrantes da equipe*, não se diferencia daquela vivenciada quando da implantação do AMVIVA, em 2009. Também naquela época, apenas uma, dentre as profissionais que compunham a equipe de referência, já tinha experiência com esse tipo de atendimento. Lembro que o fato de termos uma profissional na equipe com vivência no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências foi algo muito importante para o serviço, pois tínhamos uma referência no grupo nos momentos de dúvida e insegurança. Com o tempo, fomos nos apropriando de informações úteis e acumulando saberes e experiências que nos ajudaram a superar as dificuldades enfrentadas quando da implantação do serviço.

**Tabela 4.5.7: Capacitação da equipe no segmento da violência contra crianças/adolescentes no âmbito da saúde**

	Foi capacitada previamente pela instituição		Atesta que a instituição promove capacitação em serviço no segmento		Está satisfeita com os investimentos da instituição em capacitação no segmento	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Profissionais (4)	1	3	1	3	-	4
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>4</b>
<b>%</b>	<b>25</b>	<b>75</b>	<b>25</b>	<b>75</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Na categoria **capacitação prévia à implantação do AMVIVA**, temos que 1 das 4 entrevistadas declarou ter sido capacitada previamente, resposta divergente daquela declarada por 3 das 4 profissionais. Quando indagadas se a instituição promove **capacitação em serviço no segmento da violência sexual contra crianças e adolescentes**, 1 das 4 profissionais afirmou que sim e, 3, afirmaram que não. Todas, ou seja, as 4 entrevistadas foram unânimes em afirmar **não estarem satisfeitas com os investimentos da instituição em capacitação** no segmento relacionado à natureza do serviço.

No Estatuto dos Servidores do Estado da Paraíba (Lei Complementar Nº 58, de 30 de dezembro de 2003), está previsto o afastamento do servidor em exercício de

cargo efetivo, sem prejuízo da respectiva remuneração, para participar de curso de capacitação, treinamento, reciclagem e aperfeiçoamento. Na minha experiência como assistente social do quadro efetivo do Estado, temporariamente licenciada para estudo, me afastei algumas vezes para participar de processos de capacitação, geralmente priorizando aquelas com conteúdo voltado ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, não tendo dificuldades ou impedimentos por parte da gestão do serviço quanto à liberação.

O servidor que reconhece a importância da capacitação como instrumento de qualificação da prática profissional, geralmente tem tido que buscar por meios próprios sua inserção em cursos e eventos para fins de capacitação, investindo na carreira. Não percebemos uma cultura de valorização da capacitação por parte das instâncias institucionais em nosso Estado, o que explica o fato de 100% das entrevistadas não estarem satisfeitas com os investimentos da instituição para esse fim.

**Tabela 4.5.8: Adoção de metodologias/ estratégias de trabalho interdisciplinar pela equipe de saúde do AMVIVA**

<b>Metodologias/ estratégias de trabalho interdisciplinar</b>		
	<b>Atestam que ocorre</b>	<b>Negam essa adoção</b>
Profissionais (4)	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>%</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

**Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019**

Quanto à **adoção de metodologias e estratégias de trabalho interdisciplinar** pela equipe do AMVIVA, 50% das entrevistadas confirmam essa existência e, outras 50%, a negam.

É sabido que uma equipe de saúde pode ser multidisciplinar/ multiprofissional sem necessariamente ser interdisciplinar. A multidisciplinaridade se configura pelo simples fato da equipe ser formada por diferentes áreas do saber em saúde. No AMVIVA temos duas médicas (uma pediatra e uma ginecologista), uma psicóloga e uma assistente social, nesse sentido podemos afirmar haver uma equipe multiprofissional ou multidisciplinar de referência para o serviço.

Tendo a violência o potencial devastador de golpear o sujeito em suas múltiplas dimensões, atingindo ou fragilizando o indivíduo nos seus aspectos biológico, emocional e social, presume-se que para um atendimento integral, capaz de

reconstituir a saúde da pessoa atingida ou minimizar os efeitos deletérios provocados pela violência vivenciada, seja necessário a junção de saberes, de especialidades.

Acreditamos que a interdisciplinaridade tem o potencial para impulsionar práticas inovadoras em saúde, com melhores resultados para os destinatários do serviço e maior crescimento para a equipe de saúde, pois prevê a complementariedade dos saberes.

“É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano”. Está também associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis (SANTOMÉ e FAZENDA *apud* VILELA e MENDES, 2003, p. 527)

Apesar de pouco explorada nas instituições de saúde, dada a herança historicamente hegemônica do Modelo Médico Centrado na área, a interdisciplinaridade promove o enriquecimento recíproco entre as diferentes disciplinas, impulsiona trocas entre especialistas, produz a interação do conhecimento.

**Tabela 4.5.9: Percepção do profissional quanto a sua valorização/reconhecimento pela equipe de saúde do AMVIVA**

	<b>Se sente valorizada/ reconhecida pela equipe de saúde na íntegra</b>	<b>Se sente valorizada/ reconhecida por parte da equipe de saúde</b>
Profissionais (4)	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>%</b>	<b>75</b>	<b>25</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Nesse item da pesquisa, nossa intenção é darmos visibilidade quanto ao **sentimento ou sensação de reconhecimento e valorização dos profissionais em relação aos pares**. Três das 4 entrevistadas declararam se sentirem valorizadas/reconhecidas por toda equipe e, uma entrevistada, afirmou sentir-se valorizada/reconhecida por parte da equipe.

Na área de saúde, algumas profissões têm seu status e reconhecimento consolidados na sociedade, como é o caso da medicina por exemplo e, outras, por questões histórico culturais e em razão de terem sua inserção na saúde mais recente ainda enfrentam desafios no aspecto valorativo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. A partir desse conceito, compreendemos que em uma equipe de saúde formada por profissionais de diferentes áreas do saber, cada um é importante no processo do cuidado integral, sendo, portanto, imprescindível a adoção de práticas nas instituições de saúde e no conjunto da sociedade que ajudem a disseminar o respeito, o reconhecimento e a valorização dos profissionais indistintamente.

**Tabela 4.5.10: Opinião da equipe de saúde acerca da eficiência da divulgação do AMVIVA pela instituição e/ ou Secretaria de Estado da Saúde**

	Julgam a divulgação eficiente	
	Sim	Não
Profissionais (4)	-	4
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
%	<b>0</b>	<b>100</b>

**Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019**

Quanto a opinião das profissionais sobre a **eficiência da divulgação do AMVIVA**, obtivemos o resultado apresentado na tabela 4.5.10, a qual demonstra que 100% das entrevistadas consideram não ser eficiente a divulgação desse serviço.

Quando uma criança ou adolescente sofre violência sexual, o tempo recomendado, nos casos indicados, para a administração de medicamentos preventivos de infecções, como o HIV<sup>62</sup>, por exemplo, é de até 72 horas<sup>63</sup>. Essa corrida contra o tempo pode ser determinante e alterar o curso de vida de uma pessoa,

<sup>62</sup> Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Testagens e Aconselhamentos (CTAS) são serviços que realizam testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. As profilaxias e o tratamento em decorrência de violência sexual são realizadas nesses serviços e, na ausência destes, em outro serviço especializado. A lista completa de CTAS em cada estado se encontra no sítio: <http://www.aids.gov.br>. (BRASIL, 2010).

<sup>63</sup> Para [...] promover os cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual [de crianças e adolescentes], de ambos os sexos, os profissionais de saúde devem seguir as recomendações do Ministério da Saúde, estabelecidas na *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* (BRASIL, 2007 apud BRASIL, 2010, p. 64).

razão pela qual a divulgação dos serviços de referência em atendimento na saúde nesses casos são tão importantes.

Profissionais da Estratégia de Saúde da Família, Conselhos Tutelares, comunidade escolar, policiais, equipes dos Centros de Referência da Assistência Social, todos os operadores da Rede de Cuidado e de Proteção Social, além das famílias, precisam estar atentos na identificação desses serviços especializados, suas localizações, horários de atendimento e fluxos de acesso. Referenciar corretamente e com agilidade para que a criança ou o adolescente recebam os primeiros cuidados em saúde no tempo hábil é compromisso de todos e, quanto mais eficiente for o trabalho de divulgação, menores os danos para as vítimas.

Profissionais de saúde podem e devem incluir ações de divulgação em suas práticas cotidianas nas instituições onde atuam, apoiados pelos respectivos gestores, todavia, dada a importância de um serviço especializado como o AMVIVA, também se faz necessário o empenho da Secretaria de Estado da Saúde, pois não se faz divulgação em nível de estado sem recursos financeiros. E, uma vez divulgado para um público de maior abrangência, o serviço deverá implementar as mudanças necessárias para abarcar o aumento da demanda que conseqüentemente será impulsionada a partir da divulgação.

**Tabela 4.5.11: Satisfação da equipe de saúde acerca das condições de trabalho na instituição**

	<b>Confirmam estarem plenamente satisfeitos</b>	<b>Confirmam não estarem plenamente satisfeitos</b>
Profissionais (4)	-	4
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>%</b>	<b>0</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Quanto à satisfação das profissionais acerca das **condições de trabalho na instituição**, nossa pesquisa apontou que 100% das entrevistadas não estão plenamente satisfeitas com as condições oferecidas. A tabela 4.5.12, a seguir apresentada, explicita elementos que poderão facilitar a compreensão dessa categoria de análise.

A Política Nacional de Humanização (PNH), orienta a implementação de ações de humanização na rede SUS, apontando parâmetros para práticas voltadas à “promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde,

contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho” (BRASIL, 2016, p.44). Valorizar e cuidar de quem cuida como forma de minimizar o estresse causado pela rotina nos serviços de saúde, onde geralmente estão associados a realidades de precarização dos ambientes, ausência de insumos básicos, assédio moral e tantas outras problemáticas que afetam a saúde do trabalhador é algo que deve ser encarado como prioritário pelas instâncias de gestão e organização do trabalho.

A Política Nacional de Humanização/PNH parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações em duas vertentes interligadas: (i) nas formas de produzir e prestar serviços à população (eixo da atenção) e; (ii) nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços (eixo da gestão). Defende-se a ideia de indissociabilidade entre atenção e gestão, o que aponta para a valorização e crescimento dos trabalhadores no momento mesmo em que interagem com seus pares e sua clientela (população), resultando em um aprendizado mútuo e contínuo [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2006b; SANTOSFILHO, 2006<sup>a</sup> *apud* SANTOS FILHO, s.d., p. 4).

**Tabela 4.5.12: Elementos dificultadores da atuação profissional no AMVIVA (3 ordens de prioridade)**

Elementos dificultadores de 1 <sup>a</sup> ordem	Profissionais (4)	Elementos dificultadores de 2 <sup>a</sup> ordem	Profissionais (4)	Elementos dificultadores de 3 <sup>a</sup> ordem	Profissionais (4)
Número reduzido de profissionais	2	Dificuldade de ordem metodológica da equipe	2	Número reduzido de profissionais	1
Espaço físico inadequado	1	Ausência de uma política de valorização profissional	1	Espaço físico inadequado	1
Dificuldade de ordem metodológica da equipe	1	Materiais/equipamentos insuficientes ou indisponíveis	1	Ausência de uma política de valorização profissional	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	-	<b>4</b>	-	<b>4</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	-	<b>100</b>	-	<b>100</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Buscamos nesse quesito identificar, a partir da percepção das profissionais, quais elementos são percebidos como dificultadores da atuação profissional no AMVIVA, ordenados numa escala de prioridades, onde cada entrevistada apontou três desses elementos, sendo o primeiro o mais importante, o segundo o de importância intermediária e, o terceiro, o de menor importância dentre os três citados.

**Em primeiro lugar**, tiveram destaque as seguintes problemáticas: **o número reduzido de profissionais** (opção de 2 de 4 entrevistadas), **o espaço físico inadequado** (opção de 1 de 4 entrevistadas) e **a dificuldade de ordem metodológica da equipe** (opção de 1 de 4 entrevistadas).

**Em segundo lugar**, foram apontados os seguintes elementos: **dificuldade de ordem metodológica da equipe** (opção de 2 de 4 entrevistadas), **a ausência de uma política de valorização profissional** (opção de 1 de 4 entrevistadas) e, problemática relacionada a **materiais/ equipamentos insuficientes ou indisponíveis** (opção de 1 de 4 entrevistadas).

As questões apontadas como **terceiro maior problema** que incide de forma negativa sobre a prática profissional foram: **a ausência de uma política de valorização profissional** (opção de 2 de 4 entrevistadas), **o número reduzido de profissionais** (opção de 1 de 4 entrevistadas), **o espaço físico inadequado** (opção de 1 de 4 entrevistadas).

Sobre o número reduzido de profissionais, apontado por 3 das 4 entrevistadas (e que aparece como elemento de primeira e, posteriormente de terceira ordem de prioridade na tabela 4.5.12 ante descrita) como problema incidente para a atuação, salientamos que em 2009, quando da implantação do AMVIVA tínhamos duas assistentes sociais como referência para o serviço, posteriormente passando para três esse número. Com o desligamento voluntário de uma assistente social, a equipe foi reduzida para duas profissionais nessa área. Atualmente essas duas profissionais com maior tempo de experiência no AMVIVA estão temporariamente afastadas para estudo, razão pela qual foram substituídas, no caso não por duas, mas por uma profissional, que passou a ser referência.

No caso da área de psicologia, tínhamos na implantação do serviço uma profissional. Com o desligamento dessa servidora, por motivo de falecimento, o serviço recebeu outras duas profissionais nesse segmento, posteriormente, mais uma. Atualmente, das três psicólogas de referência, contamos com apenas uma no serviço, pois houve à transferência da instituição de uma delas (a pedido da profissional) e, o

afastamento voluntário de outra. Essa realidade acaba por gerar uma demanda reprimida e conseqüente demora no tempo de espera da criança ou do adolescente para o atendimento psicológico. Realidade preocupante, sendo o AMVIVA um serviço que acolhe pessoas que passaram por eventos traumáticos, com potencial para desencadear adoecimento mental.

Com relação à categoria médica, a pediatra que compõe a equipe de referência está no serviço desde a sua implantação. Já a ginecologista, esta foi incorporada a equipe alguns anos depois. Antes de sua chegada, os casos que demandavam essa especialidade eram encaminhados internamente para atendimento no ambulatório do Complexo de Pediatria Arlinda Marques, o qual atende nas mesmas dependências físicas onde o AMVIVA funciona os usuários (crianças e adolescentes) referenciados pela Atenção Básica.

Outro aspecto da pesquisa que merece destaque é a questão do espaço físico inadequado. Item que aparece na fala de 2 das 4 profissionais entrevistadas (sendo igualmente apontado uma vez como elemento de primeira ordem e, uma vez como elemento de terceira ordem prioritária, conforme explicitado na tabela 4.5.12). O AMVIVA, como ante exposto, funciona em um ambulatório pediátrico, dividindo espaço com outras diversas especialidades em saúde, a exemplo de ortopedia, ginecologia, dermatologia, endocrinologia, psiquiatria, dentre outras. Tem uma sala própria para consulta, onde é realizado o exame clínico e, nesse espaço, em horários não coincidentes, as crianças e os adolescentes recebem também atendimento psicológico e do serviço social. É uma sala de atendimento com tamanho padrão idêntico as demais salas do ambulatório, de aproximadamente 4 metros quadrados de área, com recursos mínimos para o seu funcionamento como uma maca para exame físico do usuário, uma mesa de trabalho (birô), duas cadeiras, um armário para a guarda do arquivo produzido no atendimento e alguns materiais lúdico pedagógicos (jogos e brinquedos), estes últimos adquiridos com recursos próprios e doados ao serviço pela equipe do AMVIVA. No espaço de recepção, o público do serviço aqui descrito e analisado dispõe de uma área comum, compartilhada com crianças, adolescentes e familiares/ acompanhantes dos demais usuários do ambulatório. Nesse espaço estão disponíveis um quantitativo de cadeiras e um aparelho de televisão para uso do público usuário. Nos dias de atendimento simultâneo de várias especialidades ofertadas, o que é comum, especialmente no turno da manhã, o espaço não dar conta de oferecer conforto e bem-estar a todas as pessoas.

Na saúde, é chamado de ambiência o

[...] tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço. Deve ser entendido como: a) espaço de produção do sujeito e do trabalho; b) espaço que visa à confortabilidade, à privacidade e à individualidade dos sujeitos envolvidos; c) espaço que facilita o processo do trabalho funcional e a otimização dos recursos e o atendimento acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2006 apud BRASIL, 2010, p. 28).

A inobservância por parte da gestão e do poder público aos espaços físicos nos serviços de saúde, não realizando as adequações necessárias à oferta de um ambiente confortável e funcional, acaba por repercutir na qualidade do atendimento prestado aos usuários, se constituindo também como forma de revitimização da criança, do adolescente e de sua família que chegam ao serviço já fragilizados pela situação de violência vivenciada. Essa negligência institucional, a médio e longo prazo, também tem o potencial de afetar a saúde física e emocional dos trabalhadores inseridos nesses espaços.

**Tabela 4.5.13: Profissionais que atestaram a existência no AMVIVA de banco de dados e de espaço exclusivo e reservado para a guarda do material sigiloso**

	Atestaram a existência de banco de dados		Atestaram a existência de espaço para a guarda de material sigiloso	
	Sim	Não	Sim	Não
Profissionais (4)	2	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>%</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Quando indagadas sobre a **existência de banco de dados no AMVIVA**, 2 de 4 entrevistadas atestaram que sim e, igual número, atestaram que não. O material produzido nos atendimentos com os usuários desse serviço especializado, uma vez preservado poderá servir como valioso insumo para a produção do conhecimento científico sobre violências contra crianças e adolescentes e o seu enfrentamento no âmbito da saúde.

Concordamos com Roolleberg *apud* Costa (2014, p. 76) ao afirmar que:

Nas estratégias de defesa da vida e de proteção aos direitos humanos, a possibilidade de informações potencializa a ação do poder público e da própria sociedade para permitir uma visão diversificada dos fatos e dos acontecimentos, possibilitar a crítica e assim contribuir para a justiça social. Para as autoridades, profissionais e cidadãos que lidam com situações de violência, o acesso à informação em tempo real, ou seja, no exato momento em que o fato ocorre, pode significar a possibilidade de salvar vidas, de fazer valer direitos e de garantir a integridade física e psicológica das pessoas [...].

A existência de um banco de dados pode funcionar como um recurso ao enfrentamento à violência sexual de crianças e adolescentes, podendo se constituir como importante ferramenta tecnológica a serviço da proteção aos direitos fundamentais desses indivíduos.

No item **existência de espaço para a guarda de material sigiloso**, conforme expresso na tabela 4.5.13, temos que 50% das entrevistadas deram resposta afirmativa e, idêntico percentual, resposta negativa. Lidar com pessoas que chegam a um serviço de saúde trazendo além de possíveis sintomas físicos a sua dor, o seu sofrimento, a sua vergonha, provocados pela violência, requer a garantia de espaço físico que possa assegurar a confidencialidade daquilo que é verbalizado pela vítima e/ ou seu responsável/ acompanhante, assim como a existência de espaço para a guarda do material sigiloso produzido nos atendimentos a partir dos registros dos profissionais.

Para o Serviço Social, conforme transcrito do Parágrafo Único do Artigo 2º da Resolução Nº 556/ 2009 do CFESS, o material técnico sigiloso caracteriza-se

[...] por conter informações sigilosas, cuja divulgação comprometa a imagem, a dignidade, a segurança, a proteção de interesses econômicos, sociais, de saúde, de trabalho, de intimidade e outros, das pessoas envolvidas, cujas informações respectivas estejam contidas em relatórios de atendimentos, entrevistas, estudos sociais e pareceres que possam, também, colocar os usuários em situação de risco ou provocar outros danos.

Nesse sentido, cabe ao assistente social garantir o caráter confidencial das informações que vier a receber, no exercício de sua função, nos espaços sócio-ocupacionais. O sigilo também é tratado no Código de Ética do assistente social, garantido como um direito do profissional, devendo sua quebra, quando admissível,

ser feita nos limites do estritamente necessário e em interesse do usuário, de terceiros e da coletividade.

**Tabela 4.5.14: Medidas adotadas pelos profissionais diante da suspeita ou confirmação de violência sexual contra crianças ou adolescentes**

	Preenche e encaminha a Ficha de Notificação à Vigilância Epidemiológica		Comunica ao Conselho Tutelar		Comunica a outro órgão do Sistema de Garantia de Direitos	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Profissionais (4)	2	2	2	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>%</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Quanto as **medidas adotadas pelos profissionais do AMVIVA, diante da suspeita ou confirmação de violência sexual contra criança ou adolescente**, os números revelam que 50% das entrevistadas declararam adotar como uma dessas medidas o preenchimento/ encaminhamento da Ficha de Notificação à Vigilância Epidemiológica. Das 4 profissionais, igual percentual, ou seja, 50%, declararam comunicar ao Conselho Tutelar os casos de que tenham conhecimento e, também 2 dentre as 4 (50%) entrevistadas asseguraram realizar a comunicação a outro órgão do Sistema de Garantia de Direitos (além do Conselho Tutelar). Portanto, nenhuma das medidas ante descritas se apresentaram como providência adotada pela equipe em sua totalidade.

Quando tratamos na seção 3.4 (do capítulo II desse estudo) acerca do *Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes como Problema de Saúde Pública* esclarecemos que os casos, suspeitos ou confirmados, de violência doméstica, sexual e/ ou outras violências devem ser notificados às autoridades sanitárias, sendo essa uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, não se restringindo a uma ou outra categoria. É mister registrar que a maioria dos episódios de violência envolvendo crianças e adolescentes ocorrem de forma velada, consequentemente “[...] os casos notificados não correspondem ao que realmente acontece. Observa-se uma subnotificação, ou seja, sua ocorrência é maior do que apontam os registros [...]” (FERREIRA, 2011, p. 43-44).

A comunicação ao Conselho Tutelar por parte do profissional que identificou o caso suspeito ou a confirmação da violência sexual perpetrada contra uma criança ou um adolescente se constitui como medida de proteção a esses indivíduos. A conduta omissiva do profissional nessa comunicação, se configura como infração administrativa, passível de multa, nos termos do Artigo 245 do ECA, adiante transcrito:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Peca o legislador ao individualizar, no caso da área da saúde, o médico e o responsável pelo estabelecimento como únicos agentes que devam cumprir a determinação quanto a comunicação da suspeita ou confirmação de maus-tratos. Se assegurar proteção a crianças e adolescente é dever da família, da sociedade e do Estado, como igualmente preconiza a lei, nesse dispositivo também deveriam estar inclusas outras categorias que participam do processo do cuidado em saúde: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, odontólogos e tantos outros.

A comunicação, diante da suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes também pode ser feita a outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, dos quais são exemplos o Ministério Público, as Varas de Infância e Juventude e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Não sendo portanto o Conselho Tutelar a única porta de entrada para denúncias de violações contra esse grupo etário.

**Tabela 4.5.15: Percepção dos profissionais quanto a efetivação do princípio da prioridade absoluta do direito de crianças e adolescentes preconizado na Lei 8.069/90 – ECA**

	<b>Consideram que crianças e adolescentes têm sido prioridade absoluta</b>	<b>Consideram que crianças e adolescentes não têm sido prioridade absoluta</b>
Profissionais (4)	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>%</b>	<b>25</b>	<b>75</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Na tabela 4.5.15, ante descrita, encontra-se ilustrada a opinião das entrevistadas acerca da **efetivação do princípio da prioridade absoluta preconizado no ECA**. 75%, o que equivale a 3 das 4 entrevistadas, declararam que crianças e adolescentes não têm sido prioridade absoluta e, 1 entrevistada, ao contrário, considera que sim, que esses indivíduos têm sido prioridade absoluta, conforme preconiza a lei.

O princípio da prioridade absoluta, expresso no Artigo 4º do ECA, assim estabelece:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Crianças e adolescentes como destinatários de absoluta prioridade se traduz em ser-lhes garantido “primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude”, como expresso no parágrafo único do Artigo 4º do ECA.

Ao nos depararmos com pais e mães dormindo na porta das escolas para conseguir assegurar uma vaga e matricular o filho; crianças que aguardam semanas, meses e até anos para realizar tratamentos de saúde mais especializados e tantos outros exemplos de situações de negação de direitos a esse grupo etário, especialmente em se tratando de famílias pobres, temos a impressão de haver, em nosso país, um distanciamento importante entre aquilo que é preconizado nos dispositivos legais e a dura realidade de nossa infância. Todavia, não podemos perder de vista que a primazia ou prioridade expressa em lei, por si só não assegura que esses sujeitos tenham seus direitos efetivados, mas representa um passo importante no processo de consolidação da cidadania infanto juvenil.

**Tabela 4.5.16: Profissionais que declararam realizar encaminhamentos de crianças e adolescentes à Rede de Cuidado e de Proteção Social**

	<b>Realiza encaminhamentos</b>	<b>Não realiza encaminhamentos</b>
Profissionais (4)	4	-
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>0</b>

**Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019**

O encaminhamento de crianças e adolescentes em situação de violências pelos profissionais de saúde é parte da atenção integral que se efetiva em quatro dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na Rede de Cuidados e de Proteção Social. Conforme ilustrado na tabela 4.5.16, 100% das entrevistadas afirmaram realizar esse tipo de encaminhamento.

No âmbito da atenção em saúde, temos como definição de Rede os “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”<sup>64</sup>.

E, no caso específico do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências, o Ministério da Saúde orienta que a Rede seja formada não só pelos equipamentos de saúde, devendo se articular com outros serviços no território que atendam esse público no contexto da violência. O SUS deverá estabelecer “[...] diálogo com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem as necessidades desse público [...]” (BRASIL, 2010, p. 84).

Na experiência que vivenciei no AMVIVA, pude dialogar com diferentes atores, de diversificados serviços componentes dessa Rede em nosso município e em outros municípios paraibanos, dos quais são exemplos: Conselhos Tutelares, CRAS, CREAS, Ministério Público. Essa articulação parte da convicção de que nenhuma política pública ou serviço isoladamente consegue abarcar a complexidade imposta pela violência, sendo necessário a articulação em rede para assegurar o cuidado e a proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias.

<sup>64</sup> Texto transcrito do anexo da Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 14.01.2020.

Embora todas tenham afirmado durante as entrevistas realizarem encaminhamentos ao Conselho Tutelar e outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, em pouco mais de uma década de experiência na área da saúde, percebo haver uma certa confusão de papéis nas instituições por parte dos profissionais quanto a esses encaminhamentos. Ao invés de encaminharem a suspeita ou confirmação dos casos de violência de que tenham conhecimento de forma direta, pelo meio que considerarem mais conveniente (encaminhado relatório ou comunicação de suspeita/ confirmação, contactando o Conselho Tutelar ou outro órgão, ligando para o Disque 100, por exemplo), esses profissionais, via de regra, repassam o caso ao Serviço Social para que esse o faça, como se o dever legal de acionar os órgãos de proteção fosse uma atribuição privativa do assistente social, sendo essa conduta um equívoco.

Enquanto integrante de equipes de saúde, considero importante que o Serviço Social seja parte ativa no acompanhamento de casos de violação de direitos, prestando apoio e orientações à vítima e/ ou famílias, atuando na interlocução/ mediação com outros atores da Rede de Cuidado e de Proteção Social em defesa dos interesses legítimos dos usuários, todavia sua atuação não deve estar pautada na execução de tarefas demandadas por seus pares e que são cabíveis a todas as categorias profissionais, inclusive com especial destaque para o médico, o professor e o responsável por estabelecimentos de saúde e de educação, nos termos do Artigo 245 do ECA.

**Tabela 4.5.17: Avaliação dos profissionais acerca da referência e contra referência da Rede de Cuidado e de Proteção Social de crianças e adolescentes**

	Reconhecem que há fluxos definidos em rede e o itinerário terapêutico se dá com resolutividade e eficiência	Reconhecem que não há fluxos definidos em rede, havendo dificuldades no campo da referência e contra referência
Profissionais (4)	-	4
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>%</b>	<b>0</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Nesse item da pesquisa, as profissionais foram unânimes em afirmar, na ordem de 100% das entrevistadas, que “**não há fluxos definidos em rede, havendo**

**dificuldades no campo da referência e contra referência”** de usuários (crianças e adolescentes) da Rede de Cuidado e de Proteção Social.

[Dizemos que] referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, “o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário [...]” (FRATINI, 2008 *apud* SANTOS, 2015, p. 9)

Quando o usuário é atendido no AMVIVA, caracterizado como serviço de nível especializado na modalidade ambulatorial, em muitos casos, esse indivíduo já passou com sua demanda por um serviço de menor complexidade, ou seja, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), haja vista ser a APS considerada a porta de entrada das demandas no âmbito do SUS. Esse itinerário terapêutico deve funcionar como uma via de mão dupla, pois ao ser referenciado de um nível mais simples para um mais especializado ou complexo, espera-se que o usuário tenha sua demanda atendida e que seja redirecionado ou contra- referenciado para a APS.

Esse trânsito na rede hierarquizada do SUS pressupõe a necessidade de definição de fluxos e protocolos capazes de garantir ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, em qualquer nível de complexidade, em cumprimento ao princípio da integralidade, previsto pelo SUS. Nesse sentido, a referência e a contra referência não são fins em si mesmos, se configurando como meios ou mecanismos administrativos para a efetivação desse princípio.

#### **4.6 O Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: Analisando as Apreensões da Equipe de Saúde sobre o Fenômeno**

Nessa etapa de nosso estudo, analisamos as apreensões das profissionais de saúde abrangidas pela pesquisa a partir das suas interações com crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual e apresentamos os enfrentamentos e desafios no atendimento a essa população, com base na visão dessas profissionais.

Em cada um dos quadros que seguem, totalizando seis, transcrevemos trechos dos discursos que consideramos mais significativos para fins de análise de conteúdo,

com indicação do número respectivo de evocadores. Esses discursos, nos permitiram extrair subcategorias relacionadas ao objeto estudado, dentre as quais, algumas foram eleitas para compor o quadro analítico. Esclarecemos que todas as subcategorias são consideradas válidas, todavia, sem critério específico de inclusão-exclusão, algumas não serão objeto de análise nesse estudo.

#### Quadro 4.6.1 Formas de violência sexual contra crianças e adolescentes

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Subcategorias	Exemplo de discurso	Número de evocadores
Manipulação/ toques	“É a <b>manipulação</b> da criança, [...], é <b>se mostrar pra criança, se tocar</b> e possibilitar que a criança também observe. [...]” (Entrevistada n. 1)	2
Exibicionismo		1
Exposição/ produção de material pornográfico	“[...] É <b>mostrar vídeos eróticos</b> , desenhos, filmagens, tirar fotos das crianças, é <b>deixar as nuas, contar histórias eróticas</b> , várias questões.” (Entrevistada n. 1)	2
Provocar a nudez infantil		1
Contar histórias eróticas		1
Pornografia	“Qualquer tipo de violência sexual que exponha a criança. <b>Pornografia</b> , toques, <b>estupro</b> propriamente dito, exposição a conteúdo erótico, como também sexualizado, impróprio pra idade [...]”. (Entrevistada n. 4)	1
Estupro		1
Ato sexual coercitivo	“[...] É um ato cometido por uma pessoa num momento de sofrimento pra criança/ adolescente [...]. Algo que a criança não tá imaginando passar por aquilo ali e ela é pega muitas vezes de surpresa e a <b>força</b> , sem saber nem o que tá acontecendo. (Entrevistada n. 2)	1
Atentado ao pudor; 1	“Qualquer violência que atente contra a parte física, o <b>pudor</b> , a parte psicológica até os 18 anos.” (Entrevistada n. 3)	1

Essa utilização pelo adulto do corpo da criança ou do adolescente para fins sexuais, e que, conforme vimos no capítulo II, pode ocorrer dentro ou fora de casa, com predominância para episódios protagonizados por perpetradores do convívio da

vítima e que deveriam desempenhar o papel de seus protetores ou cuidadores, evidencia que apesar dos avanços contemporâneos em matéria de estabelecimento normativo de proteção aos direitos infanto juvenis, estamos diante de “um mal-estar da cultura” que a sociedade não tolera, mas que testemunha que crianças e adolescentes não estão a salvo de práticas desumanizadas nas relações interpessoais que estabelecem.

Carícias, toques, nudez, atos sutis ou mais agressivos, vídeos eróticos, cochichos ao pé do ouvido, uma mão que desliza sorradeira sobre um corpo pueril, ainda em formação ou, a penetração brutal que causa dor e dilacera, variadas formas de abordagens, força física, persuasão, ameaça, tudo se mistura, tudo se confunde num emaranhado de sensações, dúvidas, medos, culpas. Nessa trama nebulosa e confusa é pouca ou nula a possibilidade de resistência da criança ou do adolescente, dada sua maior fragilidade e imaturidade frente ao adulto e pelo uso da coação, presente em casos de crimes sexuais e evidenciada na fala da *entrevistada n. 2*, ante transcrita. Conforme define a jurista Hélia Barbosa (1999) *apud* Hisgail (2007, p. 21), essa coação pode ser “física, emocional ou psicológica”.

Todas essas formas de violência sexual fazem parte de um mesmo fenômeno, são consideradas ou classificadas como abusos, crimes sexuais tipificados no Código Penal brasileiro e que devem ser enfrentados no âmbito do sistema de justiça e das políticas sociais que prestam atendimento à vítima e/ ou ao autor dos ilícitos. Para o renomado ginecologista Jefferson Drezett (2002) *apud* Hisgail (2007, p. 18) “[...] o estupro não é o crime sexual mais frequente entre as crianças [...], [destacando-se] formas de atentado violento ao pudor [como] carícias eróticas e a masturbação da criança e do agressor [...]”. Essas modalidades de abusos, distintas do estupro com penetração, reduzem drasticamente as possibilidades de apuração e responsabilização, pois não costumam deixar indícios ou vestígios da materialidade do ilícito, aspecto valorizado no âmbito do judiciário.

Para Cavalcante (1998) *apud* Hisgail (2007, p. 21)

[...] o abuso sexual pode ser “sensorial – pela pornografia, exibicionismo ou linguagem sexualizada – por estimulação -; com carícias inadequadas, consideradas íntimas, masturbação e contatos genitais incompletos e -; por realização – tentativa de violação ou penetração anal, oral ou genital”, sendo todos perniciosos à primeira infância.

**Quadro 4.6.2: Sentimentos despertados no profissional de saúde ao atender crianças e adolescentes em situação de violência sexual**

Subcategorias	Exemplo de discurso	Número de evocadores
Medo que a violência lhe atinja	<p>“A maioria dos sentimentos, claro, por ser humano a gente, né, por ser mãe a gente se sente vulnerável, né, <b>teme que isso venha a ocorrer também consigo</b>, mas na maioria dos sentimentos é um sentimento de <b>impotência</b>, né. Porque a gente se sente incapaz de resolver ou de dar encaminhamentos verdadeiramente resolutivos no âmbito do Estado [...]. <b>A rede não funciona</b> a contento, né! Então muitas vezes a gente têm o serviço aqui, mas a criança não tem, a <b>família não tem condições materiais</b> de trazer a criança com frequência [...], a família majoritariamente é classe trabalhadora, né, às vezes encontra-se desempregada, não tem recurso pra vir semanalmente trazer a criança [...] e aí a gente minimamente não consegue garantir isso, que dirá os outros elementos.” (Entrevistada n. 1)</p>	1
Impotência		1
Descrédito na eficiência da rede de proteção		1
Reconhecimento da fragilidade protetiva da família		2
Empatia		1
Culpabilização da vítima		1
Revolta		1
Perplexidade		1
Mal-estar		1

--	--	--

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Uma das constatações, quando trabalhamos com situações de violências é que não temos como nos mantermos neutros a elas. A postura técnica e a tentativa de manutenção de um certo distanciamento, favorecida pela posição que ocupamos na relação profissional *versus* usuário da saúde, na busca pela racionalidade e objetividade na rotina dos atendimentos não nos impede da experiência de termos sensações e sentimentos genuinamente humanos como, por exemplo, nos colocarmos no lugar do outro, sentirmos medo de que a violência também nos atinja, ficarmos perplexos diante da constatação de que, por exemplo, o agressor daquela criança indefesa é aquele ou aquela que deveria protegê-la. Para Hisgail (2007 p. 22), “por se tratar de um tema tabu, os crimes sexuais evocam sentimentos de indignação e horror na população, provocando diferentes modos de encarar a situação [...]”

Impotência, medo, empatia, revolta, descrédito, perplexidade, mal-estar, culpabilização, esses e outros sentimentos/ sensações citados pelas nossas entrevistadas são indicativos de que diante da violação aos direitos humanos o que há de humano em nós, de uma forma ou de outra se manifesta e, também, o que há de desumano, como nesse trecho da fala da entrevistada número 3: “[...] **às vezes eu não consigo ver aquela criança como uma agredida. Às vezes eu até vejo ela como ela ter provocado. A gente fala criança, o adolescente, né [...].**

Ao listar as situações de violação de direitos as quais nossas crianças estão expostas, [e acrescentamos também os adolescentes], Costa (2014, p. 27-32) inclui: abandono, maus-tratos físicos, maus-tratos institucionais, maus-tratos psicológicos ou emocionais, negligência, abuso ritualista, abuso sexual, exploração sexual, trabalho infantil, maus-tratos *in útero* e violência escolar. Para fins de análise do conteúdo da fala da entrevistada número 3, ante transcrita, iremos nos ater nas próximas linhas à modalidade **maus-tratos institucionais**, os quais, segundo Martins (2002) *apud* Costa (2014, p. 28)

Acontecem em um contexto extrafamiliar em que se constata situações sem o cunho pessoal ou personalizado, tendo como agentes os profissionais de instituições ou sistemas, incluindo aqui legislações, programas, procedimentos e atuações dos poderes públicos ou de

indivíduos que são responsáveis pela violação dos direitos fundamentais da criança.

Crianças e adolescentes são pessoas em peculiar estágio de desenvolvimento, razão pela qual são amparados por legislação constitucional e infraconstitucional, de modo que qualquer atentado aos seus direitos fundamentais, por ação ou omissão, seja de forma velada ou declarada deve ser veementemente repellido. A culpabilização da vítima tem raízes históricas e interface com a cultura do machismo que atribui à mulher a culpa em casos de crimes sexuais, ao passo que isenta ou atenua a responsabilidade do homem. De acordo com essa concepção, o comportamento ofensivo masculino é provocado devido a atitude persuasiva e provocadora da mulher, ao, por exemplo, se vestir com roupas “impróprias” e sem recato, ao se insinuar ou exibir o corpo de forma moralmente “inadequada”.

Discursos que privilegiam o homem, típicos de uma estrutura social de hegemonia masculina são cotidianamente naturalizados através de declarações midiáticas que são propagadas por importantes veículos de comunicação como a televisão, o rádio e a internet. Cardoso e Vieira (2014), ao investigarem, através de três títulos de notícias de estupros contra mulheres, veiculadas em jornais eletrônicos brasileiros de grande influência nacional - G1, R7 e Folha de S. Paulo – no ano de 2013, irão demonstrar em artigo intitulado “*A mídia na culpabilização da vítima de violência sexual: o discurso de notícias sobre estupro em jornais eletrônicos*”. como a análise discursiva dos textos que contextualizam esses casos de estupro, agem estrategicamente para atribuir à vítima a responsabilidade pela violência sofrida, apagando a agência do estuprador.

O profissional de saúde não está isento a esse tipo de influência, impregnada no tecido social e propagada pela mídia e, nesse aspecto, a ausência de investimentos institucionais em capacitação permanente, associada a lacunas do processo formativo adensam ainda mais a problemática, expondo crianças e adolescentes a situações de revitimização ao buscarem os serviços de saúde, uma vez que ali já chegam na condição de vítimas.

**Quadro 4.6.3: Opinião acerca dos fatores que podem culminar no abuso sexual de crianças e adolescentes**

Subcategorias	Exemplo de discurso	Número de evocadores
Vulnerabilidade sócio econômica da família	“[...] a gente verifica que os abusos acontecem <b>quando os pais ou responsáveis diretos não estão com a criança, ou seja, eles estão trabalhando</b> e deixam com terceiros, né! Com avós, com tios e aí ocorre essa problemática.” (Entrevistada n. 1)	3
Produto da sociedade de classes	“[...] essa é uma questão bastante delicada né! Porque à medida que você tome uma posição ou entre numa linha de análise pode até culpabilizar a família por algumas circunstâncias. Eu acho que a resposta tá enviesada pela sociedade que a gente vive né! <b>Sociedade de classe</b> , de exploração, de <b>ausência de políticas públicas</b> [...]”. (Entrevistada n. 1)	1
Ausência de políticas públicas	“[...] Às vezes a <b>família sofreu antes uma violência</b> e como já diz estudos todo violentador já foi violado um dia, né [...]!” (Entrevistada n. 1)	1
Reprodução da violência na família	“[...] o ambiente social em que a pessoa tá inserida contribui, a <b>falta de punição</b> contribui, a <b>falta de valores da sociedade</b> [...], <b>o passado do agressor</b> , né. Tem história de que a pessoa agredida acaba agredindo no futuro.” (Entrevistada n. 3)	2
A falta de punição	“O abuso é mais essa questão que eu vejo muito de <b>covardia contra a criança</b> , de <b>pessoas que são doentes</b> mesmo que procuram as crianças.” (Entrevistada n. 2)	1
A falta de valores da sociedade	“Principalmente, assim, vulnerabilidade sócio econômica, <b>falta de vínculo familiar</b> , isso quando o abuso é intrafamiliar. Pode acontecer de uma [...] criança ou um adolescente ser abusado por um estranho, ocasionalmente na rua, mas isso é menos frequente, né! Tornando-os mais vulneráveis são situações sócio econômicas, <b>alcoolismo, mães negligentes</b> , falta de	1
Reprodução da violência pelo agressor		1
Ato de covardia contra a criança		1
Patologização do agressor		1
Falta de vínculo familiar		1
Alcoolismo		1
Negligência materna		1

	vínculo com a criança [...]” (Entrevistada n. 4)	
--	--	--

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

O que leva uma criança ou um adolescente a ser sexualmente abusado? Que fatores podem culminar na ocorrência desse fenômeno? Nesse item da pesquisa, objetivamos identificar, a partir do olhar das entrevistadas, quais as suas opiniões no assunto, analisando, posteriormente, a luz de referenciais teóricos norteadores desse estudo, os seus discursos.

Em algumas falas, podemos identificar a associação direta entre a ocorrência do abuso sexual e a família, por questões ligadas à vulnerabilidade social e falta de vínculo familiar, reprodução da violência na família e negligência da mãe.

No **seção 4.3** desse estudo, apresentamos na **tabela 4.3.1** dados correspondentes à categoria vínculo/ parentesco com o(s) autor(es) do(s) ato(s) abusivo(s) e, os números apontaram que na soma dos autores “pai” e “padrasto” temos 19,16%, o que revela que os abusos ocorrem não só quando a vítima está aos cuidados da família ampliada ou de outros cuidadores, como ilustrado nesse trecho da fala da entrevistada número 1: “[...] **a gente verifica que os abusos acontecem quando os pais ou responsáveis diretos não estão com a criança, ou seja, eles estão trabalhando e deixam com terceiros, né! Com avós, com tios e aí ocorre essa problemática.**”. Embora a soma dos números referentes a outros parentes (incluindo avôs, tios, irmãos, primos, dentre outros) também seja alarmante, totalizando 22,43% (*vide* tabela 4.3.1), podemos inferir, a partir dos dados demonstrados, que o autor do abuso sexual pode ser qualquer um, inclusive pais e responsáveis diretos, desconstruindo a ideia romantizada de família enquanto *lócus* de proteção. Para maior aprofundamento sobre violência intrafamiliar, ver, o capítulo II desse estudo, na seção 3.1, intitulada “*O Abuso e a Exploração Sexual: A ‘infância em perigo’ e o lócus da (des) proteção.*”

No Artigo 5º do ECA está expresso que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de **negligência**, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [...]” e, no Artigo 4º do mesmo dispositivo temos que assegurar os direitos desses indivíduos “é **dever da família**, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público [...]”. Nesse trecho da fala da entrevistada número 4: “[...] **Tornando-os mais vulneráveis são situações sócio econômicas, alcoolismo, mães negligentes, falta de vínculo com a criança [...]**”, podemos identificar quanto

a prática da negligência o destaque para a figura materna, enquanto agente exclusivo desse tipo de violência para com o segmento etário desse estudo, crianças e adolescentes. Prover cuidados diários aos filhos em estágio de desenvolvimento como, por exemplo, aqueles relacionados à educação, higiene, alimentação e saúde é tarefa que deve ser compartilhada entre os adultos responsáveis, a exemplo de pai, mãe, padrasto, madrasta (em se tratando da família nuclear ou reconstituída) ou avós e tios (em se tratando de família extensa ou ampliada); todavia na sociedade contemporânea, apesar da constatação de que não temos mais a tradicional família nuclear (constituída de pai, mãe e filhos em comum) como único arranjo possível, ainda prevalece a ideia da criança pertencente a esse modelo de família e, mais que isso, nesse modelo tradicional idealizado é reservado à mulher o papel de provedora dos cuidados com a prole, responsável preferencial pelo rol das tarefas domésticas; cabendo ao pai, ao homem, o papel de garantidor das condições financeiras e materiais pela via do trabalho fora do âmbito doméstico. Modelo superado e que já não condiz com a realidade da família brasileira, como demonstrado nesse estudo do IBGE<sup>65</sup>, realizado no ano de 2018, e que traz a média de horas semanais dedicadas aos cuidados de pessoas e/ ou afazeres domésticos por pessoas ocupadas, por sexo. O referido estudo chegou ao seguinte resultado: os homens dedicam 10,5 horas semanais com atividades dessa natureza, enquanto as mulheres, dedicam 18,1. Embora as mulheres ainda estejam na vanguarda das tarefas consideradas domésticas, incluindo o cuidado com os filhos menores de idade, é notório que essa realidade vem mudando e isso graças a processos como o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho remunerado. Mas, como todo processo de mudança leva um longo tempo até que a sociedade assimile o novo e, até que isso ocorra, nós mulheres seremos convocadas a assumir um papel que não é nosso ou, pelo menos, não exclusivamente ou prioritariamente nosso.

No trecho da fala da entrevistada número 2: **“O abuso é mais essa questão que eu vejo muito de covardia contra a criança, de pessoas que são doentes mesmo que procuram as crianças”**, temos ilustrado uma das tendências para a explicação da causa de crimes sexuais, que é a **patologização do agressor**, em

---

<sup>65</sup> Para ter acesso ao estudo na íntegra, realizado pelo IBGE, intitulado *Estatísticas de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil*, consultar o link disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf). Acesso em: 16.01.2019.

oposição a perspectiva multidimensional ou multidirecional de compreensão e enfrentamento da problemática<sup>66</sup>.

[...] A patologia do crime, designada como transtorno da preferência sexual, segundo a CID (Classificação Internacional de Doenças), considera, portanto, uma perversão *strictu sensu*, assistida pela investigação médico-legal. [...] A possibilidade de o pedófilo ser reconhecido como doente pela justiça e por ele mesmo é a condição básica do tratamento, pois na formulação de Claude Balier (1997), psicanalista e chefe do serviço médico e psicológico da Casa de Detenção de Varcès, na França, o pedófilo “sofre frequentes trocas de personalidade” (HISGAIL, 2007, p. 22, 29).

Cabe pontuar, para efeitos de esclarecimento, que nos filiamos à perspectiva multidimensional de enfrentamento da problemática dos crimes sexuais, pois defendemos a premissa de que os determinantes que constituem a violência aqui tratada devam incluir elementos para além daqueles relacionados aos aspectos individuais, abarcando particularidades relacionadas aos âmbitos sociais, econômicos e políticos. Quando consideramos como principal determinante da violência sexual a doença, o desvio, o sujeito desviante, acabamos por reduzir o problema ao viés individual. Para Eva Faleiros *apud* Hisgail (2007, p. 22)

[...] a violência sexual embaralha os limites geracionais: “deturpando as relações sociais, afetivas e culturais, confundindo e descaracterizando a função de pais e dos educadores, invertendo e desumanizando a natureza das relações dos adultos com as crianças.”

#### Quadro 4.6.4: Opinião acerca dos fatores que podem culminar na exploração sexual de crianças e adolescentes

Subcategorias	Exemplo de discurso	Número de evocadores
Cultura do Machismo	“A exploração tá diretamente vinculada a lucratividade que se tem através do corpo infante juvenil né! E aí eu acho que merece estudos mais aprofundados do que desperta esse interesse. Talvez seja essa sociedade <b>machista</b> , que cultua e que controla e que quer dominar o corpo feminino. Acha que pode ser objetificado e essa relação de <b>mercadorização</b> das pessoas, de submetê-las. Acho que tem uma <b>relação de poder</b> aí	1
Mercadorização/ objetificação do corpo		2

<sup>66</sup> A seção 3.2, do capítulo II deste estudo deve ser retomado para maiores aprofundamentos no assunto.

Relação de poder	também, além de mercadológica. Se existe um mercado pra isso é porque existe um consumo e, aí, entender por que há esse consumo, esse desejo de se apropriar do jovem, da juventude, da inocência. [...] <b>A gente tem se tornado cada vez mais desumanos</b> ". (Entrevistada n. 1)	1
Processo de desumanização social		1
Vulnerabilidade sócio econômica da família	"A exploração vem da mesma origem de <b>vulnerabilidade</b> [do abuso sexual], mas acaba tendo um <b>contexto sócio econômico</b> mais forte porque a necessidade ou o ambiente em que essa família vive leva a usar isso pra ter uma vantagem econômica ainda mais." (Entrevistada n. 4)	3
Falta de punição		1
Falta de valores da sociedade	"[...] E acho que os dois [o abuso e a exploração sexual] tá envolvido nisso. É <b>falta de punição, falta de valores [da sociedade]</b> , o ambiente em que a pessoa tá envolvida, <b>o passado do agressor</b> , né. [...]" (Entrevistada n. 3)	1
Reprodução da violência pelo agressor		1

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Quando indagadas acerca dos fatores que podem culminar na **exploração sexual** de crianças e adolescentes, as entrevistadas expressaram opiniões interessantes e diversas e que nos ajudam a refletir sobre o fenômeno.

Dentre os possíveis fatores causadores do abuso sexual, aqui entendidos como subcategorias, alguns chamam atenção pela sua riqueza de conteúdo e profunda interrelação com o fenômeno em pauta. É o caso, por exemplo, da cultura do machismo, da mercadorização/ objetificação do corpo, da relação de poder e da vulnerabilidade sócio econômica da família.

Nessa fala da entrevistada número 1: "[...] **Talvez seja essa sociedade machista, que cultua e que controla e que quer dominar o corpo feminino. Acha que pode ser objetificado e essa relação de mercadorização das pessoas, de submetê-las. Acho que tem uma relação de poder aí também, além de mercadológica [...]"**

; podemos perceber a presença de fatores que se interligam ou interconectam e que têm particularidades históricas, culturais, econômicas e políticas, quais sejam: o machismo presente em nossa sociedade, a mercadorização das pessoas (especialmente do corpo feminino) e a relação de poder que se estabelece quando da apropriação do corpo para fins de exploração. Encontramos no patriarcalismo a chave para explicar como o poder é exercido para subjugar, explorar,

fazer uso do corpo, especialmente do corpo feminino, determinando relações de gênero e geração na sociedade, apesar dos avanços já percebidos.

A concepção do masculino como sujeito da sexualidade e o feminino como seu objeto é um valor de longa duração da cultura ocidental. Na visão arraigada no patriarcalismo, o masculino é ritualizado como o lugar da ação, da decisão, da chefia da rede de relações familiares e da paternidade como sinônimo de provimento material: é o “impensado” e o “naturalizado” dos valores tradicionais de gênero. Da mesma forma e em consequência, o masculino é investido significativamente com a posição social (naturalizada) de agente do poder da violência, havendo, historicamente, uma relação direta entre as concepções vigentes de masculinidade e o exercício do domínio de pessoas, das guerras e das conquistas [...] (MINAYO, 2005, p. 23-24).

Esse mandonismo autorizado pela cultura do patriarcalismo licencia o macho violento e viril a se apoderar do corpo desejado da mesma forma que se apropria de um objeto, de um bem material, impondo sua vontade e saciando seu desejo, mesmo que para isso tenha que desafiar os códigos morais e legais vigentes, pois, como bem nos lembra Giddens (1991; 1995) *apud* Minayo (2005, p. 25) “ [...] o machismo pós-moderno é um fenômeno novo que vive da velha cultura patriarcal e a reafirma nos “vícios” e “compulsões” da sociedade pós-tradicional [...]”.

Nesse trecho do discurso da entrevistada número 4: **“A exploração vem da mesma origem de vulnerabilidade [do abuso sexual], mas acaba tendo um contexto sócio econômico mais forte [...]”**, identificamos a vulnerabilidade sócio econômica como fator de risco para a ocorrência da exploração sexual de crianças e adolescentes. Não queremos aqui estabelecer uma relação direta de causa e efeito entre pobreza e exploração sexual, mas reconhecer que na pobreza se gestam as bases para a ausência de bens e serviços básicos como comida, escola, cultura, esporte, lazer; tornando meninos e meninas de origem pobre presas mais vulneráveis<sup>67</sup>. Nesse sentido, concordamos com Azevedo e Guerra, (1998) *apud* Hisgail (2007, p. 42) quando afirmam que o “[...] processo de vitimização resulta da violência e das desigualdades econômicas e estruturais da sociedade, pelos quais os menores acabam vitimados pela pobreza ou pela ausência de educação e assistência

---

<sup>67</sup> Para maior aprofundamento sobre a relação pobreza e vulnerabilidade/ risco social de crianças, adolescentes; sugerimos retomar no capítulo I desse estudo, a seção 2.2, intitulada “A Pobreza como Elemento Potencial para a Vulnerabilidade e o Risco Social de Crianças, Adolescentes e de suas Famílias”.

à saúde”. Para Eva Faleiros, *apud* Hisgail (2007, p. 21) a exploração comercial e sexual de crianças e adolescentes, [é] um fenômeno que “[...] atinge, em escala mundial, milhões de crianças em países com populações pobres [...]”. Por se tratar de um mercado perigoso, ilegal e rentável para as máfias, as pesquisas e o conhecimento aprofundado no assunto sofrem severas restrições, acrescenta a autora.

**Quadro 4.6.5: Desafios ao profissional de saúde no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes**

Subcategorias	Exemplo de discurso	Número de evocadores
Falta de investimentos em políticas públicas	“São desafios estruturais mesmo, de <b>investimentos em políticas públicas</b> , de considerar esses sujeitos, crianças e adolescentes, como prioridade absoluta. Ora, se a gente não tem investimento em educação de qualidade, em esporte, em lazer... Isso tudo tá imbricado, principalmente quando a violência já se instaura, né. [...] Então eu acho que [...] as políticas públicas e sociais desenvolvidas pelo Estado são as principais responsáveis por essa morosidade, essa falta de condições de acolhimento dessa criança.” (Entrevistada n. 1)	1
Fragilidade da <b>rede</b> de atendimento	“[...] Os encaminhamentos são pra <b>rede</b> que muitas vezes não dá a resolutividade correta. São longos tempos pra se resolver questões de violência, então nisso já vai se complexificando a questão, [...] as instituições que poderiam resguardar isso não vêm desenvolvendo ações a contento [...]”. (Entrevistada n. 1)	3
Falta de <b>capacitação</b>	“Eu acho que é a <b>capacitação</b> pro atendimento que a gente não tem desde o início da <b>formação</b> da gente. A gente não é treinado pra enxergar a violência como um problema de saúde pública. [...] a gente não tem essa questão do cuidado, de preparar quem cuida dessas crianças [...]” (Entrevistada n. 4)	2
Lacuna da temática na <b>formação</b>		2

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Na categoria “**desafios ao profissional de saúde no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes**”, especial destaque a trechos dos discursos ante transcritos no quadro 4.6.3 e para as subcategorias nele em destaque:

falta de investimentos em políticas públicas; fragilidade da rede de atendimento; falta de capacitação e lacuna da temática na formação.

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 227 e, o ECA, em seu Artigo 4º, elevaram a criança e o adolescente à categoria de prioridade absoluta, demarcando seus direitos fundamentais 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. Para que esses direitos se efetivem, cabe ao Estado, no âmbito das políticas públicas destinar recursos para investir em políticas, programas, ações e serviços que efetivamente se destinem a esse público como prioritário. A oferta precária ou insuficiente de serviços públicos essenciais para esse grupo etário, quer seja pela ausência de financiamento, quer seja pela má gestão dos recursos disponíveis, produz, entre outras consequências, a sensação, nos agentes públicos que com eles atuam, a exemplo dos profissionais da saúde, de haver uma lacuna intransponível entre a letra da lei e o concreto vivido no âmbito das instituições de atendimento, como podemos observar nesse trecho do discurso da entrevistada número 1: **“São desafios estruturais mesmo, de investimentos em políticas públicas, de considerar esses sujeitos, crianças e adolescentes, como prioridade absoluta [...]”** Esse distanciamento entre o estabelecido no ordenamento jurídico e a implementação ou efetivação dos direitos na ponta angustia, desmotiva e gera sofrimento aos profissionais diretamente envolvidos, podendo contribuir para a incidência de doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho<sup>68</sup>.

Considerando que o trabalho em saúde para o atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências deve ser efetivado em rede<sup>69</sup>, conforme destacado na fala da entrevistada número 1: **“[...] Os encaminhamentos são pra rede que muitas vezes não dá a resolutividade correta. São longos tempos pra se resolver questões de violência, então nisso já vai se complexificando a questão, [...]”**, temos na inobservância ao princípio da integralidade, preconizado pelo SUS, uma das questões centrais a ser enfrentada. Sem articulação entre os

---

<sup>68</sup> A partir da análise de relatos, em pesquisa qualitativa com assistentes sociais trabalhadoras da área de habitação de interesse social, a assistente social Damares Vicente (2015) constatou as seguintes manifestações de desgaste mental de assistentes sociais: distúrbios do sono, medo e crises de choro, sentimento de impotência, depressões, angústia/ ansiedade, fadiga e alterações metabólicas.

<sup>69</sup> <sup>69</sup> Sugerimos retomar nesse capítulo, na seção 4.4, a tabela 4.4.1 e as análises a ela vinculadas para maior aprofundamento sobre Rede de Cuidado e de Proteção Social.

diferentes atores envolvidos no processo do cuidado e da proteção social, a resolutividade desejada na assistência estará ameaçada.

A falta de capacitação e a lacuna da temática da violência na formação, também foram eleitas questões importantes pelas entrevistadas, quando indagadas sobre os desafios ao profissional de saúde no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, conforme ilustrado nesse trecho do discurso da entrevistada número 4: **“Eu acho que é a capacitação pro atendimento que a gente não tem desde o início da formação da gente. A gente não é treinado pra enxergar a violência como um problema de saúde pública [...]”**.

Consideramos a capacitação elemento potencial para a garantia do cuidado e da proteção social de crianças e adolescentes em situação de violência sexual e outras violências e, nesse sentido, defendemos que o reconhecimento de sua importância não deve ser de domínio exclusivo dos profissionais de saúde, devendo pautar as agendas dos dirigentes e responsáveis pelos serviços de referência para o enfrentamento da violência. Cabe à gestão o incentivo e a promoção de processos de capacitação, bem como a liberação dos profissionais de suas rotinas regulares para que possam se capacitar. Dirigentes institucionais não sensíveis a essa pauta, contribuem para a má prestação de um serviço de relevância pública. É sabido que a formação, em qualquer área de saúde, deixou lacunas no tocante à temática da abordagem a pessoas em situação de violências, portanto, a capacitação acaba funcionando como estratégia valorosa, na perspectiva de recomposição e atualização de conteúdos e práticas essenciais aos processos de trabalho<sup>70</sup>.

#### **Quadro 4.6.6: Desafios da sociedade para que a criança e o adolescente estejam a salvo de qualquer forma de violência no contexto atual**

<b>Subcategorias</b>	<b>Exemplo de discurso</b>	<b>Número de evocadores</b>
Escolha consciente dos nossos representantes da classe política	“Acho que o desafio é a consciência mesmo, mas não consciência apenas aparente. Consciência de classe, consciência humana, né, pra <b>saber eleger as pessoas, os seus representantes</b> [...] nos três poderes para que a gente consiga ter leis que garantam políticas sociais pra atender tanto as crianças como suas famílias [...]” (Entrevistada n. 1)	1

<sup>70</sup> Para saber mais sobre a temática “*capacitação*”, sugerimos retornar nesse capítulo, à seção 4.5 (tabela 4.5.7) e análises a ela relacionadas.

Fortalecimento da rede de cuidado e de proteção no território	“É <b>fortalecer e reforçar as instituições que estão próximas à criança</b> : escolas, conselhos tutelares, os postos de saúde, as instituições mais próximas à realidade daquela família. [...] o suporte maior e a atenção maior tem de ser dada lá na base dela pra que ela possa ser protegida lá onde ela tá.” (Entrevistada n. 3)	1
Ter atenção à fala da criança	“[...] A criança precisa de amor, precisa de <b>atenção</b> , que realmente o adulto consiga entender e <b>escutar a criança</b> . Que muitas vezes a criança tá sofrendo alguma coisa, tá pedindo ajuda e o adulta tá passando, não tá dando atenção [...]” (Entrevistada n. 2)	2
Interromper a transgeracionalidade da violência	“[...] a exploração sexual vem geralmente de uma situação de miséria sócio econômica, [...] passa por uma questão da <b>transgeracionalidade da violência</b> , de entender e tratar as pessoas da família que muito provavelmente estão reproduzindo o que sofreram [...]”. (Entrevistada n. 4)	1
Respeito à individualidade/singularidade da criança	“A criança realmente <b>precisa ser tratada como criança</b> , vista como a cada etapa de sua vida. Então ela precisa ir pra creche, ela precisa estudar, ela precisa ter um acompanhamento, ela precisa viver realmente como criança [...] porque muitas vezes o que acontece, uma criança hoje é vista já como um adulto, então termina indo pro outro lado e perdendo o melhor momento da nossa vida que é viver como criança [...]” (Entrevistada n. 2)	2
Proteção dos direitos do cidadão	“[...] é uma questão de <b>proteção de direitos do cidadão</b> de uma forma geral e a criança se insere nesse contexto, né. [...] Principalmente a questão de proteção de direitos do indivíduo [...]” (Entrevistada n. 4)	1
Provisão de políticas e programas sociais para a infância/ família	“[...] que a gente consiga ter leis que garantam <b>políticas sociais pra atender tanto a criança como suas famílias</b> e não deixem elas tão vulneráveis às expressões da questão social [...]” (Entrevistada n. 1)	4

Fonte: Dados primários – CPAM/ AMVIVA 2019

Nossas entrevistadas foram indagadas quanto aos **desafios postos à sociedade para que a criança e o adolescente estejam a salvo de qualquer forma de violência no contexto atual**, tendo suas respostas nos permitido extrair uma diversidade de subcategorias, como a representada nesse trecho do discurso da entrevistada número 3, quando diz que o desafio **“É fortalecer e reforçar as instituições que estão próximas à criança: escolas, conselhos tutelares, os postos de saúde, as instituições mais próximas à realidade daquela família. [...] o suporte maior e a atenção maior tem de ser dada lá na base dela pra que ela possa ser protegida lá onde ela tá.”** Podemos destacar dessa fala a importância do território como um princípio para uma estratégia operacional de promoção da saúde. Para Moysés e Sá (2014, p. 4324)

[...] São esses “ambientes nos quais as ações acontecem”, que constituem os locais/espacos/ territórios do fazer e viver cotidiano que precisam ser priorizados na busca das soluções complexas para as questões afeitas às iniquidades sociais que o campo da promoção da saúde se propõe enfrentar.

Serviços de saúde preparados para acolher e atender crianças e adolescentes no local onde vivem com suas famílias, particularmente no caso de violência sexual, contribuem para a otimização do acesso, reduzindo o tempo entre a ocorrência do ato abusivo e as medidas profiláticas de urgência a serem adotadas. Além de possibilitarem a prevenção de novos eventos, a partir do trabalho em rede no território. Moysés e Sá (2014) nos lembram que a construção de políticas e planos de ação locais oportunizam a democratização das relações entre os diversos atores, reduzindo iniquidades sócio territoriais. Se é nos espaços onde as pessoas vivem, trabalham, estudam e se relacionam cotidianamente que ocorrem as violências, deve ser também nesses espaços que elas possam contar com redes de apoio.

Na subcategoria *“Respeito à individualidade/ singularidade da criança”*, representada nesse trecho da fala da entrevistada número 2 **“A criança realmente precisa ser tratada como criança, vista como a cada etapa de sua vida. Então ela precisa ir pra creche, ela precisa estudar, ela precisa ter um acompanhamento, ela precisa viver realmente como criança [...]”**; é possível identificar a preocupação da profissional com a ausência de medidas ou políticas públicas direcionadas à infância enquanto etapa singular da vida a ser preservada.

Inquietação compartilhada no âmbito do legislativo brasileiro, como ilustrado na lei que segue:

Constituem áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de **pressão consumista**, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à **comunicação mercadológica** (Artigo 5º da Lei 13.257/ 2016, (grifos nossos)).

Temos nesse artigo da lei ante transcrita, a preocupação do legislador com a exposição precoce de crianças à pressão consumista e a comunicação mercadológica, fenômenos ligados ao capitalismo e intensificados em nossos tempos, dado o atual estágio de democratização do acesso aos meios de comunicação de massa, incluindo as redes sociais.

Com o advento da modernidade, como vimos no capítulo I desse estudo, inaugura-se um novo sentimento de infância, sendo a criança separada do mundo dos adultos e tratada de um modo peculiar. Com a velocidade e o alcance da comunicação possibilitado pela revolução tecnológica essa “preservação” da infância, no acesso a conteúdos impróprios para a idade tem se constituído como desafios para pais, educadores e autoridades, preocupados com consequências que vão desde alterações no comportamento de crianças e adolescentes ao aliciamento desses indivíduos por pedófilos e grupos especializados e organizados para a exploração sexual infanto juvenil, como nos alerta Pereira (2015. p. 5):

Ocorre que ao permitir a entrada de menores de idade em sites cujo objetivo é a interação social através da publicação de atividades rotineiras e exposição de fotos, acontece a superexposição da criança ou adolescente que inconscientemente atrai diversos outros perigos para si, mostrando-se vulnerável a atuações de marketing, de criminosos ou até mesmo da espionagem da sociedade.

Para a autora, essa geração de crianças e adolescentes, que ela chama de “nativos digitais” carece de uma necessária mediação dos limites que devem se estabelecer nas redes sociais, cabendo aos pais ou responsáveis a vigilância e o controle das atividades das crianças e adolescentes e, ao Estado, atuar em duas frentes, a primeira com viés educativo, alertando quanto aos perigos que podem se

encontrar em ambiente *online* e, uma segunda frente, voltada a instituição de normas regulamentadoras que possam tornar a internet um ambiente mais seguro, com investimento em ferramentas de filtragem de sites, conteúdos ou tipos pessoais, citando como bom exemplo medidas adotadas pela União Europeia. A autora defende que no Brasil, a inclusão digital do público infante juvenil carece de políticas públicas que auxiliem a família e a sociedade na proteção de crianças e adolescentes aos perigos do universo virtual.

No ordenamento jurídico pátrio relacionado a matéria, temos a Lei 12.965/2014, popularmente conhecida como Marco Civil da Internet, que estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil. No Inciso I, do seu Artigo 4º temos a previsão desse direito a todos, sem distinção por grupos de idades, portanto, incluindo crianças e adolescentes. O controle parental no que se refere a conteúdo impróprio para esse público específico é tratado no Artigo 29 da referida lei, o qual ficará facultado aos pais, a partir da livre escolha desses na utilização de programas de computador em seus terminais para o exercício desse controle. Cabendo, nos termos do Parágrafo Único do mesmo Artigo, à sociedade civil, ao poder público e aos provedores de conexão e de aplicações de internet “[...] promover a educação e fornecer informações sobre o uso dos programas de computador previstos no caput [do Artigo 29], bem como para a definição de boas práticas para a inclusão digital de crianças e adolescentes.” Segundo o Comitê Gestor da Internet no Brasil, mais de 24 milhões de crianças e adolescentes têm acesso à internet em nosso país<sup>71</sup>.

Outra subcategoria importante, extraída de trecho do discurso da entrevistada número 4 e que igualmente remete à questão dos desafios a serem enfrentados pela sociedade para que a criança e o adolescente estejam a salvo de qualquer forma de violência no contexto atual, é a **transgeracionalidade da violência**. Ao declarar “[...] **a exploração sexual vem geralmente de uma situação de miséria sócio econômica, [...] passa por uma questão da transgeracionalidade da violência, de entender e tratar as pessoas da família que muito provavelmente estão reproduzindo o que sofreram [...]**”, a profissional reconhece a existência da transmissão da violência entre as diferentes gerações no interior da família, assim

---

<sup>71</sup> Dado veiculado pelo G1 (Profissão Repórter), atualizado em 28/11/2018, disponível no link <https://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2018/11/29/internet-pode-oferecer-riscos-para-criancas-e-adolescentes.ghml>. Acesso em: 21.01.2020.

como a necessidade de tratamento para a quebra desse ciclo. Para Seixas (2010, p. 228), diferentes autores, a exemplo de Bowen (1979), Mcgoldrick (1995) e Prado (1996)

[...] concordam que as famílias tendem a repetir padrões de funcionamento que aparecem em uma geração e podem passar à geração seguinte, da mesma maneira ou sob outra forma, e a este processo chamamos transgeracionalidade.

Da mesma forma que a família transmite valores e ensinamentos úteis, ela transmite padrões de violência e, quando esses últimos predominam como estratégia de solução de conflitos, haverá uma tendência à repetição, à multiplicação da violência em transmissão transgeracional. Esse fenômeno tem feito vítimas ao longo dos tempos, em todas as classes e grupos de idades. Se constitui em um grave problema social a ser enfrentado pelas políticas públicas, pois “[...] impedem o crescimento, obrigam à repetição e à submissão, tolem a criatividade, a espontaneidade de cada um, impossibilitando o desenvolvimento da individuação e da autonomia dos integrantes do sistema familiar” (*ibid.*, p. 228). Além de provocar dor, sofrimento e segregações, a transmissão da violência entre gerações é causa de adoecimento e morte; entrando para a agenda da saúde pública, a quem cabe a oferta de terapia para a recuperação psíquica das vítimas e, também, dos agressores. Segundo Seixas (2010), 90% dos abusadores foram abusados quando crianças, e uma enorme porcentagem destes, por pessoas de sua própria família, o que, segundo a autora, gerou uma dívida da sociedade para com esses, uma vez que não os protegeu quando crianças. Nesse sentido, é responsabilidade de todos nós defendermos práticas de cuidado para com as pessoas que protagonizam episódios de violências, na condição de vítimas ou de abusadores, pois a simples punição ou vingança a esses últimos não contribui para a erradicação da problemática.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual contra crianças e adolescentes não é um fenômeno recente de nossa sociedade, sendo aqui tratado, para fins de recorte teórico, como problemática inserida no bojo das relações forjadas a partir da sociedade moderna, quando a criança é elevada ao status de sujeito específico, especial, dotado de singularidade, separado do mundo dos adultos e deslocado do espaço da rua para a intimidade da casa e o aconchego da família, instituição convocada, ao lado de outras como a escola e a igreja, para docilizar esses indivíduos, preparando-os para o exercício da subalternidade, nos moldes da surgente classe burguesa e do sistema capitalista de produção.

O reconhecimento da violência sexual contra esse segmento etário e a necessidade de intervenções para o seu enfrentamento e erradicação ganha especial relevância a partir desse novo estatuto, de modo que autoridades, gestores, pesquisadores e especialistas de diferentes áreas passam a eleger a infância como etapa da vida a receber especial proteção, entrando para o ordenamento jurídico e para as políticas sociais, dentre elas a política de saúde, que no caso brasileiro deu um importante passo ao reconhecer a violência como problema de saúde pública em 2001, ao publicar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/ 2001).

A magnitude da problemática, traduzida nas suas expressões mais conhecidas como abuso e exploração sexual, no Estado da Paraíba, é enfrentada no âmbito da saúde, por equipamentos sociais que integram uma rede de atendimento, do qual é parte o Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes (AMVIVA), serviço realizado na modalidade ambulatorial pelo Complexo de Pediatria Arlinda Marques, o qual integro como assistente social do quadro efetivo de servidores do Estado, compondo uma equipe multiprofissional de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências, incluindo a do tipo sexual. Vinculação que me conduziu para o despertar de um maior interesse e aprofundamento na temática, resultando na pesquisa, ora finda.

Para a realização desse estudo, elegemos como principal objetivo, investigar as interfaces entre a história da infância, o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes e seu enfrentamento pelo AMVIVA, o que foi possibilitado pela definição e alcance dos objetivos específicos da pesquisa. Esses nos permitiram

compreender como os valores apregoados a partir da sociedade moderna passam a forjar as relações interpessoais adulto/ criança/ adolescente, estabelecendo padrões de convívio familiar e social; analisar o que os profissionais de saúde apreendem a partir das interações com crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual; apresentar os enfrentamentos e desafios no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual, a partir da visão dos profissionais de saúde partícipes da pesquisa; traçar o perfil social, econômico e demográfico das crianças e adolescentes atendidos no AMVIVA; apontar o grau de parentesco ou vínculo interpessoal entre os autores das violências praticadas e as vítimas dos atos abusivos que acessaram o serviço pesquisado.

Ao se apropriar da leitura do terceiro capítulo desse estudo, o leitor poderá, entre outras descobertas, identificar, quanto ao perfil social das crianças e adolescentes do AMVIVA, que 28,04% estão inseridos no arranjo familiar identificado como família ampliada; que 75,23% são do sexo feminino; que dentre as vítimas de ambos os sexos, 38,78% estavam na faixa etária entre 7 e 11 anos de idade, quando foram atendidas. O estudo mostrou ainda, no que se refere aos enfrentamentos/ desafios apontados pelos profissionais entrevistados, que 100% julgaram a divulgação do serviço como não eficiente; igual percentual que aparece como representativo dos que declararam não estarem plenamente satisfeitos com as condições de trabalho vivenciadas. Na categoria apreensões dos profissionais a partir das interações com o público alvo de suas intervenções, nossa pesquisa nos possibilitou revelar, entre outras descobertas, que entre os sentimentos despertados no profissional de saúde ao atender crianças e adolescentes em situação de violência sexual, estão a impotência, a empatia, o medo, a perplexidade, o mal-estar, o descrédito na eficiência da rede de proteção, mas, também, a culpabilização da vítima adolescente, apontando para a problemática da violência institucional, o que revitimiza quem busca ajuda em um contexto de extrema fragilidade.

Consideramos como confirmada a hipótese inicialmente levantada nesse estudo, de que a violência sexual contra crianças e adolescentes na sociedade moderna é uma das expressões da questão social, cujas causas estão circunscritas no bojo das relações sociais e sexuais de dominação, discriminação e exploração; conclusão a que chegamos a luz do referencial teórico que iluminou nossa pesquisa, com a contribuição de autores como Faleiros, Guerra, Foucault, Donzelot, Perrot, Badinter, Mioto. Teóricos fundamentais na caminhada reflexiva aqui trilhada e que nos

ajudaram a situar a problemática aqui estudada no âmago das relações sociais e sexuais que os homens estabelecem e que tem como principal determinante o traço peculiar da relação capital/ trabalho - a exploração - vinculado por elementos ligados à cultura, à economia, a política e aos padrões de convivência social.

Para a realização desse estudo, realizamos revisão da literatura que trata do tema em tela, complementando e vinculando esse material com dados coletados no campo (pesquisa quali-quantitativa), através de documentos institucionais que possibilitaram o conhecimento do perfil social, econômico e demográfico dos pesquisados e, entrevista semiestruturada (aplicada junto aos profissionais de saúde que compõem a equipe de referência para o atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual) em um ambulatório pediátrico especializado. Esses instrumentais nos permitiram selecionar categorias e subcategorias, as quais receberam posterior tratamento analítico através da técnica de análise de conteúdo. Os dados mensuráveis foram explicitados e incorporados ao texto, através de tabelas vinculadas ao terceiro capítulo da dissertação e, aqueles não mensuráveis, foram dispostos em quadros, finalizando o capítulo ante referido.

O acesso à instituição campo da pesquisa e conseqüentemente aos documentos e profissionais selecionados para a realização das entrevistas seguiu todo o rigor ético e científico, conforme protocolo estabelecido pelos Comitês de Ética em Pesquisa, todavia, ressaltamos que nossa vinculação prévia aos recursos humanos da instituição e à equipe multiprofissional de saúde alvo da pesquisa se configurou como elementos facilitadores do processo de coleta de dados, o qual se deu entre os meses de abril e julho do ano de 2018. Como aspecto dificultador do processo de pesquisa, destacamos a escolha por duplos instrumentais de coleta de dados, documentos institucionais e entrevistas semiestruturadas. Essa junção de dados primários e secundários, resultou em um montante de material coletado que demandaria, em nossa avaliação, tempo superior ao que tínhamos planejado inicialmente, considerando a necessária consecução do cronograma, sem o risco de comprometimento metodológico do tratamento dos dados. Ademais, o volume de dados trabalhados quando não dimensionados adequadamente, traz um desgaste ao pesquisador.

Recomendamos a ampliação do tema aqui tratado, a partir de novas pesquisas que venham a contemplar aspectos não alcançados nesse trabalho, tendo em vista as fontes documentais consultadas em campo não terem nos possibilitado, por

exemplo, captar aspectos subjetivos do fenômeno, a partir das sensações, sentimentos e impressões relatadas pela criança ou adolescente que vivenciou a violência sexual. Nossa pesquisa não pôde contemplar esses elementos da individualidade dos sujeitos protagonistas das violências, haja vista a ferramenta utilizada no atendimento institucional com os usuários do AMVIVA ser direcionada não à vítima, mas a pessoa que a acompanha, geralmente um adulto da família ou alguém próximo da vizinhança ou, ainda, integrante da rede de proteção, a exemplo de conselheiros tutelares. Nesse aspecto, nosso estudo traz elementos da fala desses sujeitos, a partir de um roteiro de entrevista conduzido por assistente social do serviço, onde estão contemplados componentes mais voltados à caracterização do perfil sócio econômico da vítima/ família e do contexto da violência que gerou o atendimento, como aqueles relacionados a cronologia da violência infringida, vínculo entre vítima e autor do ato abusivo, medidas de proteção acionadas, etc.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Z. M. **Contribuição do Serviço Social no Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Serviço Social e Políticas de Proteção Social)-Faculdade Nossa Senhora de Lourdes, João Pessoa, 2011.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASSUNÇÃO, A. Á. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde: *In* GOMES, C. M.; MACHADO, J. M. H; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. Disponível em: [https://site.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/33/2015/04/Saude-dos-Trabalhadores-da-saude\\_Capitulo.pdf](https://site.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/33/2015/04/Saude-dos-Trabalhadores-da-saude_Capitulo.pdf). Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 11 dez. 2018.

BRASIL. Lei n. 12.965, de 23 de abril de 2014. **Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm). Acesso em: 22 jan. 2020.

BRASIL. Lei n. 12.015 de 07 de agosto de 2009. **Código Penal brasileiro**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em 22 ago. 2019.

BRASIL. Lei n. 10.386, de 09 de janeiro de 2004. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm). Acesso em: 5.ago. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 4.ago.2019.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm). Acesso em: 4.ago. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm). Acesso em: 5.ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, 2018, vol. 49, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, jun. 2018. 17 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. Acesso em: 24.jul. 2019.

BRASIL. Polícia Rodoviária Federal (PRF). **Mapeamento dos Pontos Vulneráveis à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Rodovias Federais Brasileiras**, 2013 – 2014. Disponível em: [http://www.childhood.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Mapeamento\\_2013\\_2014.pdf](http://www.childhood.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Mapeamento_2013_2014.pdf). Acesso em: 2.set. 2018.

BRASIL. Portaria n. 2.203, de 05 de novembro de 1996 – **Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do SUS**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 07.ago. 2019.

BADINTER, E. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

CAMBI, F. **História da Pedagogia**. Franco Cambi; tradução de Álvaro Lorencini. São Paulo: UNESP (FEU), 1999. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=uLpQEeyt1D0C&printsec=frontcover&hl=pt-br#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 25 jul. 2019.

CANETTI, E. 1995. **Massa e poder/** Elias Canetti; tradução Sérgio Tellaroli – São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

CARDOSO, I.; VIEIRA, V. **A mídia na culpabilização da vítima de violência sexual:** o discurso de notícias sobre estupro em jornais eletrônicos. EID&A - Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação, Ilhéus, n. 7, p. 69-85, dez. 2014. Disponível em: [http://uesc.br/revistas/eidea/revistas/revista7/eid&a\\_n7\\_05\\_iv.pdf](http://uesc.br/revistas/eidea/revistas/revista7/eid&a_n7_05_iv.pdf). Acesso em 15 jan. 2020.

CARLOTO, C. M. **A chefia familiar feminina nas famílias monoparentais em situação de extrema pobreza.** Revista Virtual Textos & Contextos, n. 4, dez. 2005. 17 p. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/994/774>. Acesso em: 01 jul. 2019.

CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. D. **Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios**. Rio de Janeiro: ENS-CPES, 2018. Disponível em: [http://www.ens.edu.br/arquivos/mulheres-chefes-de-familia-no-brasil-estudo-sobre-seguro-edicao-32\\_1.pdf](http://www.ens.edu.br/arquivos/mulheres-chefes-de-familia-no-brasil-estudo-sobre-seguro-edicao-32_1.pdf). Acesso em: 23 jan. 2020.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2018.**, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), 2018. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33410&Itemid=432](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432). Acesso em: 4 jul. 2019.

COLE, M.; COLE, S. R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. Michael Cole e Sheila R. Cole; trad. Magda França Lopes. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CONANDA. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Maio, 2013. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08\\_2013\\_pnevsca.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf). Acesso em: 06 jan. 2019.

COSTA JÚNIOR, J. S. Os corpos violados e as vidas nuas em “Pixote, a lei do mais fraco”. *In*: RIBEIRO, L. R. *et al.* **Ciência ou política de controle sobre vidas?** João Pessoa: UFPB, 2019.

COSTA, S. R. S. **Maus tratos contra crianças: concepções e práticas de profissionais da educação**. 1 ed. Campinas: Papel Social, 2014.

CRAMI (org.) **Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor**. 3. ed. São Paulo: Cortez: Brasília; UNICEF, 2009.

**DESUMANIDADES**: cinco relatos sobre violência sexual. Direção: Eduardo Barros. Produção: Taís Motta, São Paulo [cidade]: Museu da Pessoa/ Cartola Filmes, 2016. Documentário em curta-metragem (16 min.) Disponível em: <https://vimeo.com/170666569>. Acesso em: 23 jul. 2018.

DONZELOT, J. **A Polícia das famílias**; tradução de M.T. da Costa Albuquerque; revisão técnica de J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

FALEIROS, V. P., 1998: **A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores**: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. Disponível em: [www.periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/184](http://www.periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/184). Acesso em: 6 jun. 2018.

FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. *In*: RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (org.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 33-96.

FERREIRA, L. A. M. **O Estatuto da Criança e do Adolescente e a educação**: direitos e deveres dos alunos. São Paulo: Verbatim, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder** / Michel Foucault; organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 3 ed., 1982.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975)/ Michel Foucault; tradução Eduardo Brandão. – São Paulo: Martins Fontes, 2001. – (Coleção Tópicos)

FREITAS, R. C. S.; BRAGA, C. D.; BARROS, N. V. Famílias e Serviço Social – Algumas Reflexões para o Debate. *In*: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (org.). **Família e Famílias**: Práticas Sociais e Conversações Contemporâneas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 15-38.

FROTA, T. L. L. **Entre o pavilhão e o inferno**: trajetórias de meninos infratores no CEDUC/Pitimbu. João Pessoa: Ideia, 2007.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de Pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos**: a tragédia revisitada. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

HISGAIL, Fani. **Pedofilia**: um estudo psicanalítico. São Paulo: Iluminuras, 2007.

IAMATOTO, M. V. Os espaços sócio ocupacionais do assistente social: *In*: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/APEPSS, 2009. p. 341-377.

LANDINI, T. S. **O professor diante da violência sexual**. São Paulo: Cortez, 2011.

LAVERGNE, R. F. **Programa Bolsa Família**: uma nova modalidade de biopolítica *In*: Revista Serviço Social & Sociedade. n.110, p.323-344, São Paulo: Cortez, abr./jun. 2012.

LAVORATTI, C. A Entrevista no Serviço Social: características, usos e significados. *In*: LAVORATTI, C.; COSTA, D. (org.). **Instrumentos Técnico-Operativos no Serviço Social**: um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016. p. 79-102

MACHADO, M. H. **A participação da mulher no setor saúde no Brasil 1970/80**. Cadernos de Saúde Pública, v. 2, n. 4, p. 449-460, Rio de Janeiro, 1986. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1986000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400005). Acesso em: 9 jan. 2020.

MENICUCCI, T. M. G. **Política de Saúde no Brasil**: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. *In*: Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XXVII, n. 87. São Paulo: Cortez, set. 2006. p. 58-75

MINAYO, M. C. S. **Laços perigosos entre machismo e violência**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n. 1, p. 18-34, [S.l.], 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03cv10n1.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2020.

MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (org.) **Familismo, direito e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

MIOTO, R. C. T. Família e Assistência Social: Subsídios para o Debate do Trabalho dos Assistentes Sociais. *In*: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (org.). **Família e Famílias**: práticas sociais e conversações contemporâneas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 3-14.

MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social**: construções para o debate. *In*: Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XVIII – n. 55. São Paulo: Cortez, nov. 1997. p. 114-130.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, v. 22, n. 37, p. 7-32, Porto Alegre: 1999. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod\\_resource/content/1/Roque-Moraes\\_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf). Acesso em: 22 fev. 2019.

MOTTA, M. A. P. **Mães abandonadas**: a entrega de um filho em adoção. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MOYSÉS, S. T.; SÁ, R. F. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, [S.l.], nov. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n11/4323-4330/>. Acesso em: 21 jan. 2020.

NEPEM/UFMG. **Estudo Qualitativo sobre o Programa de Enfrentamento ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes – Programa Sentinela**. Set., 2006. Disponível em: [http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/PainelPEI/Publicacoes/Estudo%20Qualitativo%20Sentinela\\_setembro%202006.pdf](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/PainelPEI/Publicacoes/Estudo%20Qualitativo%20Sentinela_setembro%202006.pdf). Acesso em: 6 jan. 2020.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da questão social**. (p. 41-49). Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, n. 3. Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

NEVES, A. S. *et al.*: **Abuso sexual contra a criança e o adolescente**: reflexões interdisciplinares. Temas em Psicologia, v. 18, n. 1, p. 99-111, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2010000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000100009). Acesso em: 24 jul. 2018.

PARÁIBA. Secretaria Estadual de Desenvolvimento Humano (SEDH). **Plano Estadual de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. João Pessoa: [s.n.], out. 2013.

PAULA, R. F. S. **Estado, capitalismo e serviço social: o neodesenvolvimentismo em questão**. Campinas: Papel Social, 2016.

PEREIRA, Marília do Nascimento. **A superexposição de crianças e adolescentes nas redes sociais: necessária cautela no uso das novas tecnologias para a formação de identidade**. In: Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade, 3, 2015, Santa Maria. Anais do 3º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade: mídias e direitos da sociedade em rede. Santa Maria: UFSM, 2015, p. 1-13. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/congressodireito/anais/2015/6-14.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

PERROT, M. As três eras da disciplina industrial na França do século XIX. In: **Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros**; tradução Denise Bottmann. 8 ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2017. p. 53-84.

ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. In: Serviço Social & Sociedade, n. 102, São Paulo: Cortez, 2010. p. 139-151.

SALATA, A. **Ensino Superior no Brasil das últimas décadas: redução nas desigualdades de acesso?** Tempo Social, vol. 30, n. 2, p. 219-253, São Paulo/SP, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-20702018000200219&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-20702018000200219&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 9 jan. 2020.

SALLES, L. M. F. **Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos**. Estudos de Psicologia, v. 22, n.1. p. 33-41, Campinas, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n1/v22n1a04.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

SANTOS, M. C. **Sistema de referência – contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, distrito de São João Del Rei – MG: o papel da rede na Atenção Básica**, 2015. 9 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais. São João Del Rei, Polo Juiz de Fora, Minas Gerais, 2015. Disponível em [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/11005/1/Sistema\\_de\\_referencia\\_contra\\_referencia.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/11005/1/Sistema_de_referencia_contra_referencia.pdf). Acesso em: 14 jan. 2020.

SANTOS FILHO, S. B. **Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizadas**. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/olhar\\_sobre\\_trabalho.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/olhar_sobre_trabalho.pdf). Acesso em: 12 jan. 2020.

SCHELB, G. Z. **Segredos da violência**: estratégias para solução e prevenção de conflitos com crianças e adolescentes. Brasília: Thesaurus, 2008.

SEIXAS, M. R. D. **A violência transgeracional no caso Raul**: exemplo de competente trabalho terapêutico em rede. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 12, n. 2-3, p. 225-237, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/rbp.celg.org.br/pdf/v12n2-3a08.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

SILVA JÚNIOR, N. G. S.; YAMAMOTO, O. H.; SANTORO, E. Política de Encarceramento em Massa: prisões, abolicionismo penal e a importância dos direitos humanos: *In*: RIBEIRO, L. R.; NASCIMENTO, R. C. G.; MOURA, P. V. (org.). **Direitos Humanos e Política Social**. João Pessoa: UFPB, 2019. p. 81-97.

SZYMANSKI, H. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo**: desafios de um mundo em mudança *In* *Revista Serviço Social & Sociedade*. Ano XXIII, n. 71. São Paulo: Cortez, set. 2002. p. 9-25. Edição Especial.

VICENTE, D. **Desgaste mental de assistentes sociais**: um estudo na área da habitação. *Revista Serviço Social & Sociedade*, n. 123. São Paulo, jul./set. 2015. p. 562-581, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0562.pdf>. Acesso em 19 jan. 2020.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Interdisciplinaridade e Saúde**: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 525-531, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016). Acesso em: 10 jan. 2020.

VITALE, M. A. F. **Famílias monoparentais**: indagações. *In*: *Revista Serviço Social & Sociedade*. Ano XXIII, n. 71, São Paulo: Cortez, set. 2002. p. 45-62. Edição Especial

VOGEL, A. Do Estado ao Estatuto. Propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo. *In*: RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (org.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 287-321

## **APÊNDICES**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre a *“VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: Uma Experiência Multiprofissional em um Ambulatório Pediátrico na Paraíba”* e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Zelândia Marques de Almeida, aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba – PPGSS/ UFPB - sob a orientação da Professora Dr.<sup>a</sup> Luziana Ramalho Ribeiro.

O estudo objetiva investigar as interfaces entre a história da infância, o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes e seu enfrentamento pelo Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes – AMVIVA. Para isso, se propõe a compreender como os valores apregoados a partir da sociedade moderna passam a forjar as relações interpessoais adulto/ criança/ adolescente, estabelecendo padrões de convívio familiar e social; analisar o que os profissionais de saúde apreendem a partir das interações com crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual; apresentar os enfrentamentos e desafios no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual, a partir da visão dos profissionais de saúde que compõem o AMVIVA; traçar o perfil social, econômico e demográfico das crianças e adolescentes atendidos no AMVIVA; apontar o grau de parentesco ou vínculo interpessoal entre os autores das violências praticadas e as vítimas dos atos abusivos que acessaram o AMVIVA.

A finalidade deste trabalho é contribuir para com a problematização do tema do fenômeno da violência sexual que atinge esse segmento etário, fomentando seu entendimento mais ampliando, possibilitando a utilização do conhecimento produzido na elaboração de projetos interventivos de enfrentamento desse tipo de violência e o desenvolvimento de estudos futuros pela comunidade acadêmica.

Solicitamos a sua colaboração para realizar esse estudo, respondendo a uma entrevista com tempo médio de 30 minutos de duração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em dissertação de mestrado; eventos e publicações em revista científica nacional e/ou internacional, ocasiões nas quais seu nome será mantido em absoluto sigilo.

Informamos que essa pesquisa poderá gerar algum desconforto aos entrevistados, devido ao tempo necessário a sua realização e/ ou pela natureza do seu conteúdo, por estar relacionada com a prática profissional cotidiana no espaço profissional; no que esclarecemos que os objetivos a que se destinam a pesquisa são de ordem social e científica, que o anonimato do participante será preservado em todas as etapas do processo e sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura do(a) participante

---

Contato com a Pesquisadora Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Zelândia Marques de Almeida. Telefone: 83 98738-2175 ou para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde CCS - 1º andar / Campus I/ Cidade Universitária CEP: 58.051-900 – Bairro Castelo Branco - João Pessoa-PB. Tel. (83) 3216 7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**1 DADOS PESSOAIS:**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: feminino ( ) masculino ( )

**2 FORMAÇÃO:**

2.1 Graduação: \_\_\_\_\_ 2.2 Ano de formação: \_\_\_\_\_

2.3 Instituição: \_\_\_\_\_

2.4 Possui pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não

( ) Residência ( ) Especialização ( ) Mestrado Acadêmico

( ) Mestrado Profissional ( ) Doutorado

**3 DADOS INSTITUCIONAIS**

3.1 Tipo de vínculo empregatício: ( ) Efetivo  
( ) Prestador de serviço/ Contratado

3.2 Tempo de trabalho nesta instituição: (Anos): \_\_\_\_\_

3.3 Tempo de atuação no AMVIVA (Anos): \_\_\_\_\_

3.4 Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_

3.5 Trabalhar no AMVIVA foi sua opção? ( ) Sim ( ) Não

**4 EXPERIÊNCIA/ CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL**

4.1 Esta é sua primeira experiência em atendimento no segmento da violência contra crianças/ adolescentes, no âmbito da saúde? ( ) Sim ( ) Não

4.2 Você foi capacitada pela instituição antes de exercer essa função no serviço?  
( ) Sim ( ) Não

4.3 A instituição promove capacitação em serviço com conteúdos relacionados ao fenômeno da violência contra crianças e adolescentes e/ ou seu enfrentamento por parte da política de saúde? ( ) Sim ( ) Não

4.4 Você está satisfeito(a) com os investimentos da instituição em capacitação no segmento em que atua? ( ) Sim ( ) Não

**5 METODOLOGIA/ INTERDISCIPLINARIDADE**

5.1 A equipe profissional adota estratégias e metodologias de trabalho interdisciplinar para discussão dos casos atendidos e tomadas de decisão coletiva?  
 Sim  Não

5.2 Você considera que há por parte dos demais integrantes da equipe do AMVIVA reconhecimento pelo saber profissional de seu domínio e especialidade? Considere cada núcleo profissional (excetuando o seu):

Pediatra  Sim  Não  
 Ginecologista  Sim  Não  
 Psicóloga  Sim  Não  
 Assistente Social  Sim  Não

## **6 DIVULGAÇÃO DO SERVIÇO/ CONDIÇÕES DE TRABALHO**

6 Você considera como eficiente a divulgação desse serviço especializado por parte da instituição e/ ou da Secretaria de Estado da Saúde?

Sim  Não

6.1 Você está plenamente satisfeito(a) com as condições de trabalho para o atendimento ao público alvo de sua atuação?  Sim  Não

6.2 Se respondeu *não*, quais elementos você destacaria como dificultadores de sua atuação profissional no AMVIVA? (numere até 3 por ordem de prioridade)

Espaço físico inadequado  
 Número reduzido de profissionais  
 Materiais/ equipamentos insuficientes ou indisponíveis  
 Falta de investimentos em capacitação  
 Dificuldade de ordem metodológica da equipe multiprofissional  
 Ausência de uma política de valorização profissional

6.3 Existe banco de dados na instituição para o armazenamento dos dados referentes ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual ou outras violências?  Sim  Não

6.4 Existe no local de trabalho espaço exclusivo e reservado para a guarda segura do material sigiloso produzido nos atendimentos?

Sim  Não

## **7 NOTIFICAÇÃO/ COMUNICAÇÃO DOS CASOS**

Nos casos em que você identifica a suspeita ou confirmação de violência sexual contra crianças ou adolescentes, que medida(s) costuma adotar?

Preenche e encaminha a ficha de notificação de violência ao setor de Vigilância Epidemiológica da instituição  Sim  Não

Comunica ao Conselho Tutelar  Sim  Não

Comunica a outro órgão do Sistema de Garantia de Direitos  Sim  Não

## **8 O CUIDADO E A PROTEÇÃO EM REDE**

8.1 Você considera que crianças e adolescentes têm sido prioridade absoluta, conforme preconiza a Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)?

Sim  Não

8.2 Você encaminha crianças e adolescentes a outros serviços da rede de cuidado e proteção social?  Sim  Não

8.3 Como você avalia a referência e contra referência por parte dos serviços que integram a rede de cuidado e proteção social a crianças e adolescentes em situação de violência?

( ) Os fluxos são definidos em linha de cuidado capazes de garantir um itinerário terapêutico resolutivo e eficiente aos indivíduos atendidos, possibilitando o cuidado e a proteção.

( ) Os órgãos que compõem a rede de cuidado e proteção não possuem fluxos definidos em linha de cuidado, havendo dificuldades em estabelecer a comunicação intersetorial, a referência e contra referência se dá com dificuldades que rebatem na qualidade e na efetividade da assistência.

## 9 COMPREENSÃO ACERCA DO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

9.1 O que você entende por violência sexual contra crianças e adolescentes?

---



---



---



---



---

9.2 Que sentimentos são despertados em você ao realizar atendimento a crianças e adolescente em situação de violência sexual?

---



---



---



---

9.3 Na sua opinião, quais fatores contribuem para a ocorrência do abuso e da exploração sexual de crianças e adolescentes:

Abuso sexual

---



---



---



---

Exploração sexual

---



---



---



---

9.4 Pela sua experiência, quais os principais desafios postos ao profissional de saúde no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes?

---

---

---

---

---

9.5 Quais os principais desafios que precisam ser enfrentados pela sociedade, na sua opinião, para que a criança e o adolescente estejam efetivamente a salvo de qualquer forma de violência, exploração, crueldade e opressão no contexto da atualidade?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **ANEXOS**



GOVERNO  
DA PARAÍBA

viva  
o trabalho.



SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES – CPAM

## CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: **“VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA”**, a ser desenvolvida pela discente pesquisadora “Zelândia Marques de Almeida”, sob a orientação da docente Prof<sup>a</sup>. Dra. Luziana Ramalho Ribeiro está autorizada para ser realizada junto ao Complexo de Pediatria Arlinda Marques.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este Serviço estadual de saúde está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Outrossim, informamos que para dar início a coleta de dados em qualquer Serviço da Rede Estadual da Paraíba fica condicionada a apresentação do referido projeto e da Certidão de Aprovação do mesmo por um Comitê de Ética em Pesquisa junto ao serviço solicitado, além das demais pactuações que se façam necessárias.

Informamos ainda que o Comitê de Ética, emissor da referida certidão deve estar credenciado junto a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

João Pessoa, 18 de Março de 2019.

Sem mais,  
Atenciosamente,

Dr. Cláudio Teixeira Regis  
Diretor Geral do CPAM

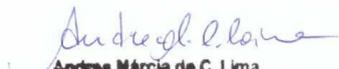


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## CERTIDÃO

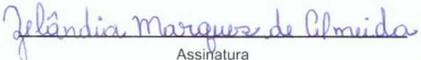
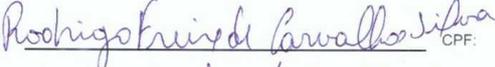
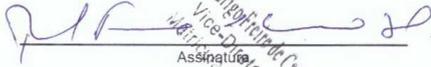
Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS/UFPB aprovou em **AD REFERENDUM**, face à exiguidade de tempo, o Projeto de Pesquisa intitulado: **“VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO AMBULATÓRIO DO COMPLEXO PEDIÁTRICO ARLINDA MARQUES”**, da pesquisadora Zelandia Marques de Almeida. CAAE: 10627319.4.0000.5188.

João Pessoa, 07 de maio de 2019

  
Andrea Márcia de C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB



## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: Uma Experiência Multiprofissional em um Ambulatório Pediátrico na Paraíba.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 220			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: ZELANDIA MARQUES DE ALMEIDA			
6. CPF: 893.572.994-91	7. Endereço (Rua, n.º): LUIS MOREIRA GOMES, 111 JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA apto 102 JOAO PESSOA PARAIBA 58052295		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 83987382175	10. Outro Telefone:	11. Email: aszelandia@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>25, 06, 2019</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade Federal da Paraíba	13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes	
15. Telefone: (83) 3216-7230	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: 	CPF: <u>021444854-10</u>		
Cargo/Função: <u>vice-diretor / CCHLA</u>			
Data: <u>25, 06, 2019</u>	 Assinatura		
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

Rodrig Krüger de Carvalho Silva  
Vice-Diretor do CCHLA  
Mestrado em Saúde (SAPE 1515851)  
Assinatura

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: Uma Experiência Multiprofissional em um Ambulatório Pediátrico na Paraíba.

**Pesquisador:** ZELANDIA MARQUES DE ALMEIDA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 10627319.4.0000.5188

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.473.373

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa, em nível de mestrado, sob orientação da Profª Dra. Luziana Ramalho Ribeiro, que objetiva investigar as interfaces entre a história da infância, o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes e seu enfrentamento pelo Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes - AMVIVA. Para a realização da pesquisa optamos pela revisão da literatura existente sobre a temática, de

documentos da instituição campo da pesquisa e da aplicação de instrumental de entrevista semiestruturada a ser realizada entre os meses de abril e julho de 2019, junto aos profissionais que atuam no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências que acessam a instituição campo da pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Investigar as interfaces entre a história da infância, o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes e seu enfrentamento pelo Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes - AMVIVA

**Objetivo Secundário:**

• Compreender como os valores apregoados a partir da sociedade moderna passam a forjar as relações interpessoais adulto/ criança/ adolescente, estabelecendo padrões de convívio familiar e

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N

**Bairro:** CASTELO BRANCO

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7791

**Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

Continuação do Parecer: 3.473.373

social;

- Traçar o perfil social, econômico e demográfico das crianças e adolescentes atendidos no AMVIVA;
- Apontar o grau de parentesco ou vínculo interpessoal entre os autores das violências praticadas e as vítimas dos atos abusivos que acessaram o AMVIVA;
- Analisar o que os profissionais de saúde apreendem a partir das interações com crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual;
- Apresentar os enfrentamentos e desafios no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual, a partir da visão dos profissionais de saúde que compõem o AMVIVA.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Poderá ser gerado algum desconforto às participantes entrevistadas, devido ao tempo necessário à realização da entrevista e/ ou pela apresentação do conteúdo destas.

Benefícios:

Poderá contribuir para com a atualização do conhecimento da temática da violência sexual contra esse grupo etário, se apresenta como relevante do ponto de vista social e científico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo de pesquisa apresenta adequações metodológicas e éticas comprometidas com os princípios norteadores do desenvolvimento de pesquisa com seres humanos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta os termos obrigatórios referente a emenda.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Concluimos pela aprovação da emenda do protocolo de pesquisa, considerando adequação dos termos obrigatórios.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: UNIVERSITARIO S/N  
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.473.373

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1384658_E1.pdf	25/06/2019 15:25:25		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoemenda.pdf	25/06/2019 15:24:28	ZELANDIA MARQUES DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmenda.docx	24/06/2019 09:13:12	ZELANDIA MARQUES DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISAalteradoemenda.docx	24/06/2019 09:12:40	ZELANDIA MARQUES DE ALMEIDA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	29/04/2019 14:53:26	ZELANDIA MARQUES DE ALMEIDA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	20/03/2019 16:39:54	ZELANDIA MARQUES DE ALMEIDA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	20/03/2019 16:35:32	ZELANDIA MARQUES DE ALMEIDA	Aceito
Outros	declaracao.pdf	19/03/2019 18:48:36	ZELANDIA MARQUES DE ALMEIDA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 29 de Julho de 2019

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa  
(Coordenador(a))

  
Andréa Mária da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CESP CCS/UFPB

Endereço: UNIVERSITARIO S/N  
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
**COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES**  
Um pacto de amor com a criança

Folha de Prontuário  
Serviço Social

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Prontuário nº: \_\_\_\_\_

**1 - Identificação**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Registrado: ( ) Sim ( ) Não

Filiação: \_\_\_\_\_

Como é conhecido: \_\_\_\_\_

**2 - Dados Relativos à Residência**

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/Estado: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_\_

Telefone celular: \_\_\_\_\_ Telefone p/ recado: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

**3 - Observações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>4 - Dados Relativos à Dinâmica Familiar:</b>		
<b>5 - Dados Relativos à Situação Familiar:</b>		
<b>6 - Dados Relativos à Situação Habitacional:</b>		
Tipo de Habitação:	Natureza:	Inst. Sanitária:
Tijolo ( )	Própria ( )	Saneada ( )
Madeira ( )	Alugada ( )	Fossa ( )
Taipa ( )	Cedida ( )	Outros ( )
Outros ( )	Compartilhada ( )	
Possui Instalação Elétrica?      ( ) Sim      ( ) Não		
Instalação Hidráulica:      ( ) Encanada      ( ) Poço      ( ) Filtrada      ( ) Fervida      ( ) Outros		
Lixo:      ( ) Coletado      ( ) Queimado      ( ) Enterrado      ( ) Jogado Fora		
<b>7 - Dados Relativos à Vida Sócio Cultural da Família</b>		
<b>8 - Dados Relativos à Saúde:</b>		
<b>9 - Observações:</b>		



**SITUAÇÃO SÓCIOEDUCACIONAL E CULTURAL DA FAMÍLIA**

A criança/adolescente está regularmente matriculada: ( ) sim ( ) não.

Se não, porque deixou a escola: \_\_\_\_\_

Se sim, em que ano letivo se encontra: \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_

Qual a creche/ escola: \_\_\_\_\_

Escolaridade do pai: \_\_\_\_\_ Cursando: ( ) Sim ( ) Não

Escolaridade da mãe: \_\_\_\_\_ Cursando: ( ) Sim ( ) Não

A criança/adolescente frequenta outros espaços com atividades educativas/culturais ou de lazer: ( ) sim ( ) não

Se sim, quais: \_\_\_\_\_

Redes de apoio e suporte sociofamiliar: \_\_\_\_\_

**DADOS SOCIOECONÔMICOS E DO ESPAÇO DOMÉSTICO**

Renda familiar:

( ) Menos de um salário mínimo

( ) 01 salário mínimo

( ) Entre 01 e 02 salários mínimos

( ) Acima de dois salários mínimos

Beneficiários de Programas Sociais: ( ) PBF ( ) BPC

( ) Outro (s) \_\_\_\_\_

Residência:

( ) Própria ( ) Alugada, valor: \_\_\_\_\_ ( ) Financiada, valor: \_\_\_\_\_

( ) Outro: \_\_\_\_\_

Quantos cômodos possui a casa: \_\_\_\_\_

Como se distribuem: \_\_\_\_\_

**NOTIFICAÇÃO /PREVENÇÃO**

Houve comunicação ao Conselho Tutelar: ( ) Sim ( ) Não

Qual Conselho/ Conselheiro: \_\_\_\_\_

Boletim de Ocorrência: ( ) Sim ( ) Não Delegacia: \_\_\_\_\_

Houve exame de corpo de delito: ( ) Sim ( ) Não Data: \_\_\_\_\_

Houve atendimento hospitalar: ( ) Sim ( ) Não Data e local: \_\_\_\_\_

Foi realizada profilaxia de emergência: ( ) Sim ( ) Não

#### CONTEXTO DA VIOLÊNCIA

Tipo (s) de violência (s): \_\_\_\_\_

Local da violência: \_\_\_\_\_

Autor (nome/vínculo): \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

O autor mora(va) na casa da criança/adolescente: ( ) Sim ( ) Não

O autor é/era conhecido da criança/adolescente: ( ) Sim ( ) Não

O autor é/era conhecido da família: ( ) Sim ( ) Não

Data da violência: \_\_\_\_\_

( ) Violência crônica. Data do último episódio: \_\_\_\_\_

Quem revelou a violência: \_\_\_\_\_ A quem: \_\_\_\_\_

Quanto tempo após a violência: \_\_\_\_\_

#### HISTÓRICO DE SAÚDE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Qual Unidade Básica de Saúde (UBSF) que acompanha a criança/adolescente: \_\_\_\_\_

Alguma deficiência/transtorno: ( ) sim ( ) não

Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Alguma doença crônica ou síndrome: ( ) sim ( ) não

Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Faz uso de alguma medicação de uso controlado/ contínuo: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual medicação: \_\_\_\_\_

Faz uso de álcool: ( ) Sim ( ) Não

Faz uso de outras drogas: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual/(is): \_\_\_\_\_

