



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

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE  
SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM  
BOA VISTA- RORAIMA: LIMITES E DESAFIOS**

**HENRIQUETA CHRISTINA DE ALENCAR FERREIRA LIMA**

**JOÃO PESSOA-PB  
2010**

**HENRIQUETA CHRISTINA DE ALENCAR FERREIRA LIMA**

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE  
SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM  
BOA VISTA- RORAIMA: LIMITES E DESAFIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Política Social

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Maria do Socorro de Souza Vieira

JOÃO PESSOA – PB  
2010

L732v Lima, Henriqueta Christina de Alencar Ferreira.  
Violência sexual contra criança e adolescente sob o  
olhar dos profissionais de saúde em Boa Vista-Roraima:  
limites e desafios / Henriqueta Christina de Alencar Ferreira  
Lima.-- João Pessoa, 2010.  
128f.  
Orientadora: Profª Drª. Maria do Socorro de Souza Vieira  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA  
1. Serviço Social. 2. Violência sexual – criança e  
adolescente. 3. Políticas de saúde. 4. Direitos sociais.  
5. Políticas Públicas

UFPB/BC

CDU: 36(043)

**HENRIQUETA CHRISTINA DE ALENCAR FERREIRA LIMA**

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE  
SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM  
BOA VISTA- RORAIMA: LIMITES E DESAFIOS**

Dissertação aprovada em 12 de agosto de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª Drª Maria do Socorro de Souza Vieira  
(Orientadora)

---

Profª Drª Maria Aparecida Ramos de Meneses  
(Examinadora Interna)

---

Profª Drª Marlene de Melo Barboza Araújo  
(Examinadora Externa)

## AGRADECIMENTOS

Ao chegar à finalização desse trabalho, não tive como deixar de revisitar minhas lembranças. No período de elaboração deste estudo, várias pessoas viveram comigo este sonho e as angústias dele decorrentes, estimularam-me e, hoje, compartilham a felicidade de sua conclusão.

Inicialmente quero agradecer a Deus pela oportunidade de conhecer e reencontrar pessoas incrivelmente interessantes e especiais que contribuíram significativamente na realização desse trabalho. Devo especial agradecimento a minha querida orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Socorro Vieira não só pela competência e ensinamentos, mas pela paciência, incentivo, dedicação e sobretudo, pela forma tão atenciosa que me acolheu no início do Curso de Mestrado.

Com muito carinho a Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Aparecida Ramos de Menezes-Cida Ramos-especialmente por ter sido fundamental no início dessa trajetória, com atenção e palavras de incentivo que na ocasião fizeram-me vislumbrar a possibilidade de realizar este curso apontando inclusive alguns caminhos.

A Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marlene Barbosa de Araújo por aceitar o convite da banca examinadora e pelas contribuições neste trabalho.

Aos professores da Pós-Graduação em Serviço Social-UEPB, pelo conhecimento compartilhado e contribuições durante o curso.

A Professora Msc. Ana Lúcia Aurino pelo reencontro maravilhoso que tivemos, pelo compartilhar de sua experiência na Supervisão do Estágio Docência.

As amigas Prof<sup>ª</sup> Danielle Lugo e Cleide Martins que na ocasião do meu retorno a cidade de João Pessoa, incentivaram-me efetivamente na realização desse Curso. Nesse reencontro entendi o significado daquela frase: “amigo é coisa pra se guardar, debaixo de sete chaves, dentro do coração...”

Mesmo estando em terras nordestinas, contei com o apoio das amigas de Roraima, pessoas que mesmo longe geograficamente, empreenderam apoio nessa trajetória. A Débora Figueiredo Nóbrega por sempre me aconselhar e torcer por mim; Cristiane Moraes, pela alegria e companhia nos momentos de descontração; Débora Moraes por me fortalecer (sempre) com sua fé, seu carinho; Dr<sup>ª</sup> Eugênia Glaucy por entender minhas prioridades e apoiá-las com confiança e carinho; Liduina Camelo, pelo carinho e presença forte na minha vida profissional e pessoal; Socorro Santos, pela

atenção dispensada durante a fase de pesquisa de campo com suas contribuições acerca da realidade de crianças e adolescentes em situação de violência sexual em Roraima.

Aos meus familiares pela acolhida e apoio imprescindíveis à realização desse Mestrado. A meu irmão Cândido pelo apoio e por acreditar na minha capacidade de realizar as metas as quais me propus; a minha querida irmã Rosylucia e meu cunhado Cristiano Teixeira mesmo com toda distância geográfica me apoiaram, com eles compartilhei minhas dores e amores vividos; meu irmão César pela descontração e carinho sempre.

Especialmente a Marluce Alencar pela dedicação a mim e a minha filha, sobretudo por acreditar nos meus projetos por mais desafiantes que fossem, principalmente por ser uma mãe amiga, companheira. Ao meu pai Cândido pela garra e ensinamentos deixados, certamente estando em outro campo espiritual sei que torceu por mim e está feliz por eu ter conseguido chegar até aqui.

A Maria Luiza minha luz, força propulsora de superação dos desafios postos cotidianamente, obrigada por ser uma filha tranqüila e companheira.

. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES- pelo auxílio parcial de bolsa de estudo. Ao Governo do Estado de Roraima pela licença concedida para realização deste Curso.

Aos profissionais de saúde que aceitaram participar e trouxeram vida para esta pesquisa, sem os quais nada do que está construído até hoje, seria possível de se investigar.

LIMA, H.C. A. F. **Violência sexual contra criança e adolescente sob o olhar dos profissionais de saúde em Boa Vista-Roraima: limites e desafios.** João Pessoa, 2010.141f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2010.

## RESUMO

Esta pesquisa busca aprofundar a temática da violência sexual contra crianças e adolescentes. Trata-se de um estudo que tem como objetivo analisar o atendimento realizado pela política de saúde no enfrentamento da violência sexual com referência nos direitos sociais propostos pela doutrina de proteção integral preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA. Para a compreensão da complexidade desse fenômeno, optou-se por uma abordagem qualitativa, mediante análise documental complementada com entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde envolvidos no atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual nas unidades de saúde Hospital da Criança Santo Antônio e Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré no município de Boa Vista-RR. Este estudo discute os conceitos de violência contra crianças e adolescentes, suas formas e expressões, suas dificuldades conceituais e legislações relacionadas, levando em consideração as modificações de ordem jurídica, bem como a inserção da violência sexual na agenda de discussões e reivindicações no cenário político internacional, nacional e local frente às atuais transformações do Estado no provimento das políticas públicas. Nesse sentido, versa sobre as políticas públicas de atenção à infância e adolescência e suas implicações no contexto histórico no qual o sentimento de infância adolescência se apresenta na modernidade. Analisa a inserção do tema violência na agenda do Sistema Único de Saúde que trouxe o enfoque político no reconhecimento da cidadania e da garantia da integralidade na atenção à saúde da criança e adolescente. O processo de análise dos dados foi realizado por categorias de análise e por categorias explicativas, estruturadas em quatro partes ou eixos temáticos: concepção dos profissionais sobre a violência sexual; condições de atendimento; articulação da rede e limites e desafios da saúde no enfrentamento da violência sexual.

Palavras-chaves: Violência sexual. Criança e adolescente. Política de saúde.

## **ABSTRACT**

This research aims to deepen the theme of the sexual violence against children and adolescents. It is a study whose objective is to analyze the health policy attendance when facing the sexual violence related to the social rights proposed by the doctrine of the full protection recommended by the Brazilian Statute of The Child and Adolescent – ECA. In order to understand the complexity of this phenomenon, a qualitative approach was chosen by means of documental analysis completed by semi-structured interviews with health professionals from Santo Antonio Hospital of Child and Our Lady of Nazareth Maternal Child Hospital, both located in Boa Vista, the capital city of Roraima State, who take care of children and adolescents that suffered sexual violence. This study discusses the concepts of violence against children and adolescents, its forms and expressions, its conceptual difficulties and related laws, taking into consideration the juridical changes as well as the insertion of the sexual violence in the discussion and reivindicacion agenda of the local, national and international political scenery, in function of the updating transformations of the State when providing public policies. In this meaning, this work deals with the public policies of attention to childhood and adolescence and its consequences in the historical context in which the feeling of childhood and adolescence is presented to modernity. This work still analyzes the inclusion of the subject violence in the agenda of the Brazilian Public Health System – SUS which brought the political focus on recognizing the citizenship and the guaranty of the full attention to child's and adolescent's health. The process of data analysis was done by means of analysis and explicative categories which were structured in four parts or thematic axles: professionals' conceptions about sexual violence; conditions of attendance; the net articulation and the health limits and challenges to resolve the sexual violence.

**KEYWORDS:** Sexual violence. Child and adolescent. Health policy.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Identificação dos Entrevistados por Categoria Profissional	86
Tabela 2: Identificação dos Entrevistados por sexo	86
Tabela 3: Identificação dos Entrevistados por tempo de experiência na Unidade de Saúde	86
Tabela 4: Identificação dos Entrevistados por Faixa etária	87

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRAPIA-Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência

ANDI – Agência de Notícias dos Direitos da Infância

CECRIA – Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes

COMITÊ NACIONAL – Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializada de Assistência Social

CPB – Código Penal Brasileiro

CPI- Comissão de Parlamentar de Inquérito

CT - Conselho Tutelar

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

ESSCA- Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor

HMINSN- Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré

HCSA- Hospital da Criança Santo Antônio

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDCA- Movimento de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social

MJ – Ministério da Justiça

SGD- Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMT – Organização Mundial de Turismo

ONGs – Organizações Não Governamentais

ONU- Fundo das Nações Unidas para a Infância

OPAS-Organização Pan- Americana de Saúde

PNEVS- Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto- Juvenil

PAB- Pacto da Atenção Básica

PAIR- Programa de Ações Integradas e Referenciais

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I: Discutindo os conceitos de violência sexual contra crianças e adolescentes</b>	<b>16</b>
1.1. Violência como processo sócio-histórico: formas e expressões	16
1.2. Violência contra crianças e adolescentes: novas configurações e velhos dilemas	20
1.2.1. Violência sexual intrafamiliar: vozes silenciadas	27
1.2.2. Violência sexual extrafamiliar: vidas negociadas	31
<b>CAPÍTULO II: Políticas Públicas de atenção à infância e adolescência</b>	<b>38</b>
2.1. Revisitando a infância e adolescência no contexto europeu e brasileiro	38
2.1.1. O sentimento de infância	38
2.1.2. Infância e adolescência no Brasil: do anonimato à condição de “menor”	41
2.2. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a proteção contra violência sexual em Boa Vista-RR	48
<b>CAPÍTULO III: A saúde no enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no Brasil</b>	<b>56</b>
3.1. Considerações acerca da saúde pública no Brasil	56
3.2. O enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes na agenda da saúde pública	61
3.3. Violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado de Roraima	65
3.4. A estrutura do setor saúde do Estado de Roraima	73
3.5. Panorama da violência sexual contra crianças e adolescentes no município de Boa Vista- RR	75

<b>CAPÍTULO IV: Violência sexual sob o olhar dos profissionais de saúde em Boa Vista- RR: limites e desafios</b>	<b>78</b>
4.1. Percurso metodológico	78
4.2. A pesquisa de campo e suas facetas	81
4.3. Os espaços da pesquisa	82
4.3.1. Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA	82
4.3.2. Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré – HMINSN	84
4.4. Os sujeitos da pesquisa	85
4.5. Violência sexual contra criança e adolescente na perspectiva dos profissionais de saúde em Boa Vista-RR	87
4.5.1. Concepção dos profissionais sobre a violência sexual	88
4.5.2. Condições de atendimento	92
4.5.3. Articulação da rede de proteção à criança e adolescente em situação de violência sexual	106
4.5.4. Limites e desafios da saúde no enfrentamento da violência sexual	110
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>116</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE A-</b> Roteiro de entrevista para profissionais dos Hospitais-HCSA e HMINSN	<b>126</b>
<b>APÊNDICE B-</b> Termo de consentimento livre e esclarecido	<b>128</b>

## INTRODUÇÃO

Este estudo busca aprofunda-se na temática da violência sexual infanto-juvenil, através da análise do atendimento realizado no Hospital da Criança Santo Antônio e no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, unidades de saúde de referência no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual no município de Boa Vista - Roraima.

Atualmente a violência é uma das expressões da questão social que na tem se destacado no contexto mundial. Vasconcelos (2003) entende que as expressões da questão social representa as demandas implícitas vindas dos sujeitos. A autora caracteriza demanda implícita como “demanda oculta, que necessitam de abstração, de desvendamento da realidade para serem percebidas” (VASCONCELOS, 2003, p. 179-180). Segundo Iamamoto e Carvalho,

A questão social não é senão a expressão do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO ; CARVALHO, 1983, p. 77).

Portanto, as expressões da questão social representam o contraponto entre as desigualdades sociais provocadas pelo sistema capitalista e as resistências provocadas pelos trabalhadores, possuindo, assim, natureza dialética. Mas além de resultante de determinações econômicas, a violência também é reflexo da subjetividade dos sujeitos, dos processos particulares e sociais. Além disso, existem dificuldades para se conhecer a real magnitude do fenômeno da violência, principalmente, porque é considerada uma questão multicausal e manifesta-se em realidade plural, muitas vezes "naturalizando-se" e “banalizando-se” pela tradição social marcada pelas relações hierárquicas na sociedade.

O contexto da proteção a infância e adolescência no Brasil está garantido na Constituição Federal de 1988, que em seu art. 277 reforça o “dever da família, da sociedade e do Estado”, na garantia dos direitos de crianças e adolescentes, inclusive saúde integral. Norteados pelo paradigma dos Direitos Humanos e pela Declaração dos

Direitos da Criança (1959) a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, passam a ser importantes instrumentos de defesa e proteção dos direitos da população infanto-juvenil. Direitos estes, que estabelecem prioridades absolutas, quanto ao atendimento, à implementação das políticas sociais e à destinação de recursos para a proteção de crianças e adolescentes.

Nesta perspectiva de garantia de direitos de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, destacam-se as garantias do direito à segurança, a uma vida digna, ao desenvolvimento saudável de sua sexualidade, a um atendimento multiprofissional de qualidade, às políticas públicas de inserção sócio-econômicas e culturais.

A política de saúde insere-se nesse contexto e tem se destacado nas agendas de trabalho e programas com suas propostas, além de estar presente nas articulações com outros setores governamentais e da sociedade em geral, fortalecendo suas ações com a instituição da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001) que firma seu compromisso no enfrentamento da violência, compreendendo também a identificação e o tratamento diferenciado nas situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

A aproximação com a temática em tela surgiu a partir da graduação em Serviço Social, quando participei como pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas sobre Criança e Adolescente – SEPAC, da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, onde inicialmente tive meu primeiro contato com o universo da pesquisa social e posteriormente como Assistente Social atuei diretamente em campos de trabalho relacionados ao público infanto-juvenil.

A escolha pelo objeto de estudo partiu de minha experiência profissional na Secretaria de Estado de Saúde de Roraima, no Departamento de Políticas Estratégicas, que ao longo desses seis anos atuando como Assistente Social exerci funções no nível de gestão de programas e políticas de saúde, tal experiência me concedeu algumas observações acerca dos limites dessa política na abordagem do tema da violência, sobretudo na execução de programas voltados para prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto em nível estadual. O fenômeno da violência contra o público infanto-juvenil tornou-se uma inquietação maior quando atuei paralelamente no Centro de Referência Especializado da Assistência Social-CREAS- no município de Mucajaí-RR. Foi nesse serviço que como Assistente Social trabalhei com uma diversidade de situações familiares e sociais que expressavam a vulnerabilidade de crianças e

adolescentes, especialmente aquelas em situação de violência sexual, chamando-me atenção a insuficiente consideração desse problema por parte dos serviços de saúde naquele município. Constatei ainda, as contradições e divergências que envolvem a rede de atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual no Estado, a partir da aproximação com situações, em que nos serviços de saúde não garantiam o direito à proteção integral e especializada às crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

Desde então passei a me interessar de forma especial pelo assunto, a me envolver com as políticas relacionadas com a temática, respectivamente, motivando-me a realização desta pesquisa e reafirmando o meu compromisso em contribuir com a assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência sexual.

Tendo em vista que a prática dos profissionais de saúde reflete diretamente na organização das ações e dos serviços de saúde e na construção de saberes e práticas que possam atender adequadamente as necessidades da criança e adolescente em situação de violência, busquei com este estudo uma compreensão mais aprofundada do fenômeno da violência sexual abordada a partir da Política Nacional de Saúde no contexto da saúde pública em Roraima.

O objetivo central desta pesquisa busca conhecer o modo como se efetiva a garantia dos direitos de criança e adolescente em situação de violência sexual por meio do atendimento realizado nos serviços de saúde no município de Boa Vista-RR. Como objetivos específicos busca-se: investigar a articulação da rede de enfrentamento ao abuso e exploração sexual no município; verificar a capacidade gerencial do Município na condução das políticas públicas de atendimento a crianças e adolescentes; averiguar se a constituição do Sistema de Garantias de Direitos está de acordo como especificado no Estatuto da Criança e do Adolescente; e por fim, analisar sob a perspectiva dos profissionais de saúde, os limites e desafios enfrentados no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

Para nortear esse estudo, optou-se por uma pesquisa de cunho analítico-crítica, que caracteriza-se segundo Gil (2009), pela interpretação dinâmica e totalizante da realidade ao entender que os fenômenos sociais possuem influência política, econômica e cultural. Nessa perspectiva, os fenômenos sociais não são vistos de forma isolada. A escolha do método deu-se em virtude de que a temática da violência possui determinantes

históricos e contemporâneos, do ponto de vista socioeconômico, político, social, cultural e jurídico.

A pesquisa desenvolvida foi de abordagem qualitativa, que, de acordo com Minayo (2007, p. 22), trabalha “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações”. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado entrevista individual semi-estruturada com perguntas fechadas e abertas. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde do Hospital da Criança Santo Antônio e do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, unidades de saúde de referência no atendimento a criança e adolescente em situação de violência sexual no município de Boa Vista - Roraima.

Nesse estudo utilizou-se observação sistemática e levantamento documental, coletando-se dados a respeito das instituições de saúde, matérias dos meios de comunicação (imprensa, falada e escrita), relatórios e demais documentos relacionados à temática, Gil (2009) observa que pesquisa documental caracteriza-se pela análise de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reorganizados conforme os objetos da pesquisa.

Para analisar o material empírico obtido adotamos a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009, p. 42) em que a análise consiste em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados e interpretações.

A abordagem teórico-metodológica da pesquisa, a partir do levantamento bibliográfico, contemplou autores como: Vicente de Paula Faleiros, Maria Lúcia Pinto Leal, Viviane Nogueira de Azevedo Guerra, Maria Cecília de Souza Minayo, Edinilsa Ramos de Souza, Irene Rizzini, Francisco Pilotti, entre outros, com concepções distintas, mas que se complementam na discussão e reflexão no que diz respeito à temática da política de atendimento a criança e adolescente e suas especificidades no tocante a violência sexual.

Desta forma, procurou-se abstrair o máximo de conhecimento sobre o tema para que se pudesse definir qual das direções analíticas que mais se aproximava do entendimento desta problemática. Com isso, para melhor apreensão das questões que nortearam o estudo investigativo, propõe-se a seqüência de análise em quatro capítulos.

O primeiro capítulo discute os conceitos de violência contra crianças e adolescentes, suas formas e expressões, aborda o fenômeno da violência como processo sócio-histórico, busca refletir sobre a violência sexual contra criança e adolescente

praticada no contexto intra e extrafamiliar, suas dificuldades conceituais e legislação relacionadas, levando em consideração as modificações de ordem jurídica, a inserção da violência sexual na agenda de discussões e reivindicações no cenário político internacional, nacional e local.

O segundo capítulo versa sobre as políticas públicas de atenção à infância e adolescência e suas implicações no contexto europeu e brasileiro, busca identificar o contexto histórico no qual o sentimento de infância adolescência se apresenta na modernidade; procura discutir sobre as políticas de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes frente às atuais transformações do Estado no provimento das políticas públicas.

O terceiro capítulo enfoca a saúde no enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil no Brasil, propõe uma discussão através de uma breve retrospectiva histórica da política de saúde pública e a inserção do tema na agenda do Sistema Único de Saúde que trouxe o novo enfoque político no reconhecimento da cidadania e da garantia da integralidade na atenção à saúde da criança e adolescente; apresenta a caracterização do Estado de Roraima e a estrutura do setor saúde no município de Boa Vista-RR.

O quarto capítulo, violência sexual sob o olhar dos profissionais de saúde em Boa Vista-RR: limites e desafios apresenta os aspectos metodológicos que fundamentam este trabalho, focalizando a metodologia, os sujeitos da pesquisa, os procedimentos, os instrumentos que foram utilizados e o tipo de análise aplicada no tratamento de dados, as categorias de análise e as categorias explicativas da realidade, nas quais estão estruturadas em quatro partes ou eixos temáticos, a saber: 1) concepção dos profissionais sobre a violência sexual; 2) condições de atendimento; 3) articulação da rede e 4) limites e desafios da saúde no enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil.

Por fim, apresentam-se as considerações finais acerca do que emergiu durante o trabalho de pesquisa, com apontamentos de algumas questões que podem ser exploradas em pesquisas e ações futuras.

## CAPÍTULO I - DISCUTINDO OS CONCEITOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

### 1.1. Violência como processo sócio-histórico: formas e expressões

A violência é hoje uma das grandes preocupações em nível mundial, afetando a sociedade como um todo, grupos específicos de pessoas ou famílias, e ainda o indivíduo de forma isolada. Como fenômeno complexo, a violência é um tema de estudo instigante, tanto por se apresentar como manifestação da dinâmica e da trajetória de uma sociedade, como por ser um fenômeno específico que se destaca e influencia essa mesma manifestação social.

Devido a sua característica em ser multifacetada e polifórmica, a violência não é uma, é múltipla; de origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro (MINAYO, 2006). Este fenômeno manifesta-se de várias maneiras, assumindo formas próprias de relações pessoais, sociais, políticas ou culturais.

Ao se organizar em sociedade, os seres humanos utilizam vários eixos de hierarquização, estabelecendo regras culturais, sociais e políticas para reger o comportamento dos indivíduos, mas nem sempre utilizam formas pacíficas em busca desse interesse. Observando a história, percebemos que ao longo dos séculos os eventos violentos praticados pela humanidade estão associados a conflitos de autoridade, a luta pelo poder, a vontade de domínio de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional, assim a violência acompanha a humanidade desde os tempos antigos até a atualidade.

Muitas são as definições para esse fenômeno na literatura mundial. Em sua obra clássica sobre os duzentos anos de história da violência na Europa, Chesnais (1996 apud MINAYO, 2006) afirma que o universo da violência é fragmentado e sem grande unidade, para o autor “a própria violência é que se apresenta como fenômeno pulverizado, atingindo a vida privada e a vida pública em todos os seus aspectos, os mais visíveis e os mais secretos”. Nesta perspectiva

A violência está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Sob esta ótica, a violência expressa padrões de sociabilidade, modos de vida, modelos atualizados de comportamento vigentes em uma sociedade em um momento determinado de seu processo histórico. (ADORNO, 1988 apud GUERRA, 2008, p.31).

Nas ciências humanas e sociais a violência pode ser entendida como uma questão multicausal, por sua definição provocar diferentes concepções. Para tanto, seu conceito não é fixo nem tampouco simples, para compreendê-lo devemos recorrer à sua evolução e sua especificidade histórica, que pode variar de acordo com as diferentes culturas e sociedades, pois constitui numa totalidade de inter-relações, como diz Leal (1999):

A violência é um fenômeno antigo, produto das relações construídas de forma desigual e geralmente materializada contra aquela pessoa que se encontra em alguma desvantagem física, emocional e social. (LEAL, 1999, p.19).

Por ser uma forma secular de expressão de relacionamento nas sociedades, lembra Domenach (1981 apud MINAYO et al. 2003, p. 29) que a violência está inscrita e arraigada não só nas relações sociais, mas, sobretudo, é construída no interior das consciências e das subjetividades, ou seja, este fenômeno “ não pode ser dissociado da sociedade que a produz em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica”. Para tanto, o autor ressalta que esse fenômeno não pode ser tratado apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos. Sua visão se projeta na direção contrária ao senso comum que costuma colocá-la como um fenômeno sempre produzido pelo “outro” e ressalta:

É demasiado fácil e ineficaz condenar a violência como um fenômeno exterior, e inclusive, como algo estranho ao ser humano, quando, na verdade ela o acompanha, incessantemente, até na articulação de seu discurso e na afirmação mesma da evidência racional. (DOMENACH, 1981 apud MINAYO et al. 2003, p. 29).

Ainda nesta obra o autor apresenta as dificuldades de definir a violência, onde admite está “convencido de que é inútil buscar uma resposta categórica na filosofia ou na moral, ao problema que a violência levanta. Por seu aspecto ontológico, ela não pode ser dissociada da condição humana” (idem, 2003 p. 38). Por esse aspecto, assim como nas

mudanças do ser humano, a violência não é a mesma de um período a outro da história, ela passa a renovar-se nos significados de suas expressões e nas concepções mais concretas, interligando-se e interagindo-se nos diferentes meios e métodos de coerção e dominação, utilizados com a finalidade de conquistar, reter poder ou obter privilégios.

Nessa perspectiva, uma característica dos perpetradores da violência é obrigar as pessoas a fazerem coisas que de outra maneira não fariam e que não têm vontade de fazer, ou seja, a atuar contra a vontade delas e com isso privá-las do seu direito de escolha, gerando danos impostos a estas vítimas. Em outras palavras, podemos dizer que essa manifestação expressa uma ameaça à integridade do outro, uma negação do outro, uma imposição de si e de poder ao outro, assinalando a busca de legitimidade desse poder; nessa luta a violência é ao mesmo tempo um meio e um risco de legitimar o poder. Faleiros, V. (1997) considera:

A desestruturação do poder legítimo é a expressão da repressão e do autoritarismo, é a escravidão do outro a si, manifestação da relação de domínio do outro, presente tanto na esfera familiar e doméstica como em diferentes contextos institucionais de poder (escola, polícia, comércio, mídia, igreja). (FALEIROS, V., 1997, p. 6).

É nessa natureza relacional inerente ao exercício do poder que as relações se encontram, Foucault (1982, p.222) afirma que “ uma sociedade sem relações de poder somente pode ser uma abstração”. Para este autor, isso implica que qualquer agrupamento humano vai estar sempre permeado por relações de poder<sup>1</sup>, posto que a existência deste tipo de relação é inerente à vida social. Deste modo, o exercício do poder deve ser compreendido como uma maneira pela qual, certas ações podem estruturar o campo de outras possíveis ações.

Um outro aspecto interessante ressaltado por Foucault (1982) reside no papel desempenhado pela violência nesta concepção de poder. O autor vai afirmar que a violência pode ser um instrumento utilizado nas relações de poder, mas não um princípio básico da sua natureza. A atuação do poder se dá de formas muito mais sutis, não se exercendo basicamente em aspectos negativos. Para tanto, esclarece:

---

<sup>1</sup> Ao analisar a concepção de poder na sociedade moderna, Foucault (1982) afirma que o Estado não detém a prerrogativa de ser o centro constituidor das relações de poder. O fenômeno da dominação, com as inúmeras relações de poder que pressupõe, preexiste ao Estado. Sobre o assunto, ver as obras: Vigiar e Punir. Petrópolis, Ed. Vozes, 1977; Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979.

Em si mesmo o poder não é violência nem consentimento o que, implicitamente, é renovável. Ele é uma estrutura de ações; ele induz, incita, seduz, facilita ou dificulta; ao extremo, ele constrange ou, entretanto, é sempre um modo de agir ou ser capaz de ações. Um conjunto de ações sobre outras ações. (FOUCAULT, 1982, p. 220).

A filósofa Hannah Arendt não vê positividade na violência como outros filósofos ou teóricos parecem enxergar, a autora expressa de forma contundente, quando analisa o nazismo e o estalinismo, as formas de crueldade que essas formas de governo expressaram nas experiências políticas totalitárias. Neste sentido, em sua perspicaz análise sobre o tema violência afirma que boa parte do uso crescente da violência na política no século XX está estabelecida nas questões do poder de governo configurado na burocracia. Admite que a violência é a “falta de um poder legítimo, de autoridade, é o exercício de um poder que não se pratica de forma legitimada, socialmente estabelecida pelas normas do respeito mútuo” (ARENDA APUD FALEIROS, p.111, 2005).

Assim, pode-se concluir que na luta pelo poder, a violência é ao mesmo tempo um meio e um risco e esse papel dual tem origem no principal objetivo que é dominar, obrigar, coagir as pessoas a fazerem às coisas que de outra maneira não fariam e que não tem vontade de fazer, com isso privá-las de seu direito de escolha.

Muitos cientistas sociais defendem um pensamento pragmático sobre o tema: a violência é boa ou má, positiva ou negativa, guiados por diversas correntes de pensamento, estabelecem marcos para a denominação sociocultural da violência. Exemplos estão aí, em pleno início do século XXI, quando vários chefes de estado continuam a justificar conflitos políticos e guerras no mundo em nome da civilização e da paz e quando pais e mães continuam abusando física e emocionalmente dos filhos por tradicionais e seculares razões ditas pedagógicas.

Por fim, aqui procuramos tecer algumas considerações acerca da problematização do fenômeno da violência, pois o aprofundamento do tema mereceria uma maior atenção por ser complexo, instigante e contestável. Apresentamos a seguir, a partir do recorte temático realizado neste estudo, as diferentes formas de violência praticada contra crianças e adolescentes, onde procuramos descrever as expressões de violência que mais têm aglutinado o debate e a mobilização social para seu enfrentamento.

## 1.2. Violência contra crianças e adolescentes: novas configurações e velhos dilemas

Independentemente dos termos usados para nomeá-la, a violência contra criança e adolescente está representada em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral. Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional (MINAYO, 2006; GUERRA, 2008).

Esse fenômeno se configura também de forma estrutural na aplicação de políticas públicas sociais ou econômicas que mantêm as condições que impedem ou não promovem o seu crescimento e desenvolvimento.

Vários estudos sobre o fenômeno da violência praticada contra crianças e adolescentes revelaram que as principais causas estão relacionadas à desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e discriminação que se expressa de múltiplas formas. Difícil de ser quantificada, aparentemente, Minayo (2006) assinala que a violência estrutural se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação e que a maioria dos tipos de violência tem sua base na violência estrutural. Para tanto explica:

Por ter um caráter de perenidade e se apresentar sem a intervenção imediata dos indivíduos, essa forma de violência aparece naturalizada, como se não houvesse nela a intervenção dos que detêm o poder e a riqueza. (MINAYO, 2006, p. 83).

A violência estrutural desmorona e desintegra todos os níveis da organização social, com conseqüências similares, cada vez mais, este tipo de violência é continuamente reclassificado, com característica permanente da contínua construção e reconstrução. Para esclarecer esse conceito Zaluar (1999) contribui:

[...] Essa abordagem pode ser considerada sinônimo de desigualdade expressa por meio das formas de relações, de ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros, manifestando-se nas discriminações e preconceitos em relação a determinados grupos que se distinguem por sua faixa etária, raça, etnia;

seu gênero, suas necessidades especiais, sua condição de portadores de doenças e de pobreza (ZALUAR, 1999, p. 35).

A violência estrutural reúne os aspectos resultantes da desigualdade social e assim se expressa em diversas formas e em vários contextos. Estudo recente publicado pela União das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura - UNESCO<sup>2</sup> (2009) aponta que no Brasil nos últimos cinco anos, os índices de indigência e pobreza<sup>3</sup> foram reduzidos, destacando que um dos grandes responsáveis pela diminuição da pobreza no Brasil foi o Programa Bolsa Família que resultou em vários impactos com a diminuição da pobreza no país. Todavia o Brasil ainda detém índices de desigualdades muito altos, o mesmo estudo aponta para o fato de que em 2007 dos 40% mais pobres apropriaram-se de 14,7% da renda total do país, enquanto dos 10% mais ricos apropriaram-se de 40% da renda total (UNESCO, 2009, p. 15). Esses dados explicam parcialmente a repercussão na vida de muitas crianças e adolescentes brasileiras. Outro estudo realizado por esta Instituição em 2004<sup>4</sup>, mostra que as meninas entre 15 a 17 anos abandonam mais a escola (56%) do que os meninos. Isto se deve a pelo menos três fatores: a necessidade de trabalhar, as dificuldades no aprendizado e a gravidez na adolescência. Ainda neste estudo, os dados apontam que a cada hora três meninas entre 10 e 14 anos se tornam mães e 44 mil delas são internadas ao ano em função de abortos, calcula-se que 300 mil jovens com menos de 19 anos já tenham praticado aborto.

A gravidez precoce é uma das principais razões da evasão escolar (em torno de 25%), conforme Relatório Mundial sobre a Situação da População Mundial<sup>5</sup> publicado pelo Fundo da População das Nações Unidas- UNFPA (2010). O Brasil aparece como um dos países que apresenta taxas acima da média mundial em relação à gravidez na adolescência, em torno de 50 nascimentos por mil mulheres. Ademais a violência contra crianças e adolescentes vem assumindo maior visibilidade na sociedade, por meio de campanhas educativas, publicações de pesquisas, sobretudo por instituições que realizam

---

<sup>2</sup> Country Programming Document (UCPD)- documento voltado ao planejamento programático das prioridades da UNESCO para o país, oferece uma releitura crítica e atualizada dos desafios conjunturais brasileiros e potenciais áreas de intervenção, tais como educação, ciência, cultura e outras.

<sup>3</sup> O estudo define como indigentes apenas pessoas com renda *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo e pobres as com renda acima desse patamar, até no máximo meio salário mínimo (p.15).

<sup>4</sup> UNESCO. Políticas Públicas de /para/com as juventudes. Brasília, 2004.

<sup>5</sup> A versão em português do Relatório sobre a Situação da População Mundial do UNFPA (2010) está disponível em: < <http://www.unfpa.org.br/swop2010/>> Este Relatório, aprofunda-se na maneira pela qual conflitos e emergências humanitárias prolongados afetam mulheres e meninas – e homens e meninos – e mostra quantas mulheres e jovens têm enfrentado obstáculos aparentemente insuperáveis e mesmo assim têm dado início à reconstrução de suas vidas.

atendimento, principalmente pela iniciativa do setor público, onde observa-se o despreparo destas instituições, e dos profissionais das diferentes áreas que lidam com essa problemática.

A história brasileira aponta uma ineficiência e ineficácia de algumas instituições que promovem o atendimento ao público infanto-juvenil, sendo elas próprias as produtoras de violência física, emocional e sexual, com isso praticando violência institucional. Essa expressão de violência inclui “desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços até os abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições” (MINAYO, 2006, p.87 ). Práticas que vão de contra mão a proteção integral à criança e ao adolescente preconizada no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), que no Artigo 5º preceitua:

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

Partindo desse pressuposto, crianças e adolescentes são considerados pessoas em desenvolvimento<sup>6</sup> e para que isso aconteça de forma equilibrada é preciso que seus direitos e deveres individuais e coletivos sejam respeitados, principalmente que o ambiente familiar propicie condições saudáveis de desenvolvimento, o que inclui estímulos positivos, equilíbrio, boa relação familiar, vínculo afetivo, diálogo, entre outros. Entretanto, a realidade de algumas famílias nos mostra o contrário. Pesquisas revelam que a violência praticada no núcleo familiar contra criança e adolescente vêm se constituindo numa realidade gritante e assustadora, geradora de danos físicos, psicológicos e sexuais. A priori, é na família onde seus integrantes procuram refúgio sempre que se sentem ameaçados, no entanto, é neste mesmo espaço íntimo que também acontecem situações que modificam a vida destes. Sendo assim, é neste cenário que a violência intrafamiliar tem sua origem, perpetrada por pessoas que têm uma relação de parentesco com a vítima. Para Guerra (2008), esta violência:

---

<sup>6</sup> O reconhecimento dessa condição peculiar remete ao respeito ao processo de desenvolvimento da criança e do adolescente com o provisionamento de condições familiares, sociais, ambientais educacionais em cada etapa do seu crescimento, para que possa expandir suas capacidades individuais e sua sociabilidade (GUARÁ, 1995 apud SALES, 2009).

Representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que - sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima- implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (GUERRA, 2008, p.32).

A família é entendida pela Legislação vigente em nosso país, “como um espaço privilegiado para o desenvolvimento saudável dos seus membros, onde é assegurado o direito de toda criança ou adolescente a ser criado e educado no seio de sua família” (ECA, 1990, Art. 19).

Como a família pertence ao âmbito do domínio privado, na maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes, existe um silêncio velado sobre a agressão e sobre o agressor. Há muito tempo esta instituição, permanece como detentora legítima do uso da violência nas suas variadas expressões. Ariès (1978) em sua obra *A História Social da Criança e da Família* evidencia o quanto, por longos séculos, tem sido aceito o emprego de variadas formas de violência, uma vez que as crianças eram consideradas desprezíveis e propriedades paternas.

Ao tratar da história das famílias no Brasil Neder (1994), destaca que em relação às famílias de origem africana escravizada, vigorava as concepções racistas mais arcaicas de não reconhecimento de sua condição humana, justificando assim a própria escravidão negra no pensamento católico ibérico. Segundo esta autora, em relação às crianças filhas dos senhores percebia-se a desigualdade de gênero, pois estas eram vistas como bonecos de domínio e poder, e quando do sexo feminino a situação era ainda mais grave, desde cedo eram trocadas e prometidas ao casamento de acordo com os interesses de seus pais e o valor dos dotes.

A menina nesta realidade também era moeda de troca, lhe restava o direito de ser subserviente ao seu pai e posteriormente ao seu esposo, que na maioria das vezes era bem mais velho, e isto ocasionava mais uma desigualdade, a de geração. A educação era perpassada pelo “sadismo e os castigos físicos praticados por pais e professores”, fundada na culpabilização de crianças e adolescentes, no caráter repressivo e autoritário da estrutura familiar e “reprodutora das normas de disciplinamento e controle social (e sexual) ditadas pela Igreja” (NEDER, 1994, p. 30).

O uso da força física sempre esteve presente na história humana, como forma de ensinar algum comportamento, como meio de resolução de conflitos e como mecanismo de estabelecimento de relações de subordinação. A violência física é mais frequente identificá-la, porém o conceito desse fenômeno é vasto. Guerra (2008) conceitua como emprego de força física e traz implícita a noção de poder e de controle em que uma pessoa mais velha, mais forte ou mais influente tenta obter o que deseja impingindo atos que produzem dores e danos aos corpos das vítimas. Conforme Miller (1984 apud Faleiros, V., 2005):

Essa violência física pode, até mesmo, pressupor uma certa justificativa social: a correção, que se expressa muitas vezes com a frase: ‘estou te batendo para o teu bem’; ‘para te educar, para te ensinar’; ‘para corrigir o erro’. (MILLER, 1984 apud Faleiros, V., 2005, p.116).

A esse respeito Michel Foucault em seu livro *Vigiar e Punir* (2008) relata detalhes de execuções públicas de criminosos, ocorrida em meados de 1757 na França. Segundo este autor, nessa época os suplícios e os castigos corporais cumpriam uma função de demonstração didática, sob a forma de grande teatro público, ressaltando a força da lei e o ônus de desrespeitá-la.

No século XVIII, demonstrações públicas de suplício àqueles que infringiam as leis eram aceitas. E o corpo da pessoa considerada culpada por crimes era espaço de exemplificação pela dor intensa. Para Foucault (idem, p. 48) essa pedagogia da agressão física também era largamente utilizada em outras instituições sociais, tais como a família, escola e nas primeiras manufaturas. Com o passar do tempo, afirma o autor, que outras concepções pedagógicas vão tomando o lugar da punição corporal, tais como a imposição da disciplina e a vigília de “corpos e mentes” milimetricamente e interruptamente exercida. Em outros estudos<sup>7</sup> Foucault demonstrou a maneira como foram sendo substituídos os mecanismos de imposição da ordem social e das relações de poder pela via da brutalidade física, pela tecnologia disciplinar, pelo que chamou de “docilização dos corpos”, inclusive nas escolas e nos hospitais.

Essa prática ainda está presente na atualidade, em nossa sociedade, não é incomum ver mãe e pai maltratar filhos em público, com total inação da comunidade.

---

<sup>7</sup> Ver por exemplo: *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber* (1976).

Esta mentalidade é que precisa, antes de qualquer coisa, ser mudada, pois este é outro ingrediente para o incremento da violência que campeia muitas crianças e adolescentes, tornando este fenômeno frustrante e contraditório.

Pesquisa realizada por Silva e Vecina <sup>8</sup> (2002) mostra que a violência física está associada a outras violências (sexual, psicológica, abandono, negligência), todavia é a mais praticada no núcleo familiar em crianças e adolescentes, o estudo aponta que na maioria dos casos é em crianças e adolescentes do sexo feminino e com frequência maior na faixa etária de 10 a 13 anos. Ainda aponta que o agressor é geralmente aquela pessoa que deveria estar protegendo, isto é, o responsável pela criança e/ou pelo adolescente que ao utilizar equivocadamente a violência, aliada a uma relação adultocêntrica de dominação e poder, enquanto argumento para educar, pratica condutas agressivas, reforçando uma cultura de violência.

Existem mães que sob o pretexto da disciplina ou da boa educação, sentem prazer em submeter os filhos a vexames, sua tarefa mais urgente é interromper a alegria de uma criança através de gritos, queixas, comparações, palavrões, chantagem, entre outros, o que pode prejudicar a autoconfiança e auto-estima, entre outras questões psicológicas. Sendo assim, a violência psicológica consiste em toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto (GUERRA, 2008).

Adotado para nomear as omissões dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais), o termo negligência é internacionalmente conhecido por expressar a violência praticada contra a criança e adolescente, quando esses adultos deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social (idem, 2008, p.33).

E neste contexto de práticas violentas contra crianças e adolescentes, existe uma forma de violência ainda pouco estudada na área de saúde, que é a Síndrome de Munchausen por procuração <sup>9</sup>, definida em casos em que pais ou responsáveis conduzem a criança para cuidados médicos com sintomas inventados ou provocados. Existem

---

<sup>8</sup> Pesquisa realizada pelas autoras no Centro de Referência às vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo-SP, 2002.

<sup>9</sup> A síndrome de Munchausen foi descrita pela primeira vez pelo Dr. Richard Asher, em 1951, com este nome devido ao Barão de Munchausen que viveu em Hanover, no século XVIII, tornando-se famoso pelas histórias fantásticas que contava a seus amigos quando participou da guerra contra os turcos. Trata-se de uma desordem psiquiátrica que faz com que o seu portador produza falsas histórias com relação à sua saúde, fabricando ou produzindo sintomas que resultam em tratamentos médicos desnecessários.

relatos, sobre esta síndrome, descritos na literatura, de casos que ocorrem desde 7 semanas de vida a 14 anos de idade.

Na grande maioria é a mãe que repetidas vezes, faz este tipo de violência por se sentir carente de atenção e irresponsavelmente busca consegui-la através do filho, atraindo para si o apoio do cônjuge. Esse tipo de violência acaba vitimando indivíduos em formação, impingindo-lhes sofrimentos físicos e psicológicos, tais como: realização de exames, consultas e internações desnecessárias, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, dentre outros.

Inserida num contexto histórico-social e com profundas raízes culturais, a violência sexual infanto-juvenil, atinge todas as faixas etárias, classes sociais e pessoas de ambos os sexos. De acordo com a literatura esse fenômeno ocorre universalmente, estimando-se que produza cerca de 12 milhões de vítimas anualmente, atingindo desde recém nascidos até idosos (MINAYO, 2006).

Falar sobre violência sexual conta crianças e adolescentes não é tarefa fácil, tendo em vista ser este um tema que ainda é tabu e protegido principalmente, no seio da família e ao nos referirmos a esta instituição secular, que embora tradicionalmente considerada como lugar privado de proteção, educação e afeto, tem seu caráter contraditório: tanto por ser um *locus* privilegiado que acolhe, socializa e transmite ensinamentos, que perduram pela vida inteira de seus componentes, quanto por ser considerada por vezes, como frágil por gerar insegurança, opressão e violência.

Ferrari (2002) afirma que o fenômeno da violência sexual no âmbito familiar é uma construção social, resultante das relações entre os diversos atores em que estão presentes: a falta de limites entre gerações, despotismo familiar, confusão de discurso, toxicidade. A relação familiar é perpassada pelo autoritarismo dos pais que consideram seus filhos propriedades e a punição corporal exercida como forma de discipliná-los, isto é, com valores deturpados, ao invés de carinho, proteção e respeito à criança recebe sensualidade, abuso e coação. Em outras palavras, são relações perpassadas pelo autoritarismo, machismo, patriarcalismo, adultocentrismo, supremacia de relações de poder, violência de gênero e sexualidade em detrimento, de valores como igualdade, respeito, confiança (SAFFIOTI, 2004).

Essa realidade é corroborada por Del Priore (2009), que aponta para a presença das relações de poder desde os períodos escravista, colonial e republicano, caracterizando-se pela subjugação do outro que se encontra em situação inferior. A

concepção de que a mulher e a criança devem ser submissas tornando-se seres dominados pelos homens, passaram a definir o papel que deveriam cumprir na sociedade, fortalece o pensamento machista, patriarcal e dominante e se estende ao longo dos tempos (SAFFIOTI, 2004).

A violência sexual é uma das formas de abuso frequente no ambiente familiar e se manifesta de diferentes formas, por isso, para melhor compreensão se faz necessário explicá-la conforme suas especificidades. Para tanto, a direção seguida neste estudo é concebida em: violência sexual intrafamiliar, quando existe uma relação de parentesco com a vítima, também denominada de abuso sexual intrafamiliar ou incesto e violência sexual extrafamiliar, assim entendida quando não há relação de convivência familiar, denominada também de abuso sexual extrafamiliar e exploração sexual quando caracterizar uma troca comercial.

### **1.2.1. Violência sexual intrafamiliar: vozes silenciadas**

A discussão pública no Brasil em torno do tema abuso sexual de crianças e adolescentes começou no final dos anos 1980 do século XX. O tema abuso sexual intrafamiliar foi se tornando público no Brasil por meio de campanhas isoladas desenvolvidas por delegacias de mulheres e instituições de proteção à infância e à adolescência. No entanto, somente no fim da mesma década é que o fenômeno abuso sexual tornou-se uma questão pública, evidenciada em pesquisas realizadas por feministas e especialistas na área de proteção infanto-juvenil. Azevedo e Guerra (1989) definem este fenômeno como:

Todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa. (AZEVEDO E GUERRA, 1989, p.42).

O abuso sexual consiste no mais difícil tipo de violência a ser identificado e de ser admitido, tendo em vista que está envolto em relações complexas da família e esta não deve ser vista apenas segundo o critério da consanguinidade. O conceito mais amplo de família implica pensá-la em relação à dinâmica social (vínculos afetivos e de responsabilidade, relações etárias e de gênero).

A violência sexual intrafamiliar tem conotações e graus diversos, em termos conceituais, o abuso sexual intrafamiliar é muitas vezes confundido com o abuso sexual doméstico, sendo as duas terminologias utilizadas como sinônimos. Faleiros, E. (2000) destaca que se trata de caracterizações distintas, pois para esta autora, o abuso sexual intrafamiliar é definido em função das relações, da natureza incestuosa da relação. O abuso sexual doméstico refere-se ao “locus”, ao espaço físico onde ocorre o abuso, podendo ser incestuoso ou não.

O incesto manifesta-se através do relacionamento sexual entre pessoas que são membros de uma mesma família (exceto os cônjuges), sendo que a família não é definida apenas pela consanguinidade ou mesmo afinidade, mas, principalmente, pela função social de parentesco, exercida pelas pessoas dentro do grupo (COHEN, 2009, p.227). A palavra incesto deriva do latim *incestus*, que significa: impuro, manchado, não casto. Cohen (idem, 2009) define o incesto, como abuso sexual intrafamiliar, podendo haver ou não violência explícita, estimulação sexual intencional por parte de algum dos membros do grupo que possui vínculo parental que lhe é proibido o matrimônio.

Estudos mostram que o silêncio, frente ao incesto, pode ser justificado pelo medo, relação de violência e poder, falta de confiança na responsabilização do acusado. Por isso os dados (notificações) não expressam a dimensão real do crime, só retrata uma parte dos casos que foram registrados. O silêncio ocorre por vários motivos: pelo temor na reação da família, para manter uma falsa aparência de “sagrada família”, pelo silêncio dos outros membros que sabem e não denunciam, por ser um assunto considerado culturalmente como um tabu (COHEN, 2009).

Não podemos entender a violência sexual intrafamiliar, sem considerar as dimensões da esfera doméstica, ou seja, entendermos os conflitos de interesses, a cultura, o poder machista; cuja manifestação é complexa e diversificada. Acerca desses aspectos podemos destacar que o autoritarismo e o machismo estão presentes na violência sexual, geralmente aparecem associados à ideologia machista, que segundo Saffioti (2004) esse sistema socializa o homem para dominar a mulher e esta para se submeter ao poder do “poder do macho”, ressalta ainda:

Dada sua formação de macho, o homem julga-se no direito de espancar sua mulher. Esta, educada que foi para submeter-se aos desejos masculinos, toma este ‘destino’ como ‘natural’. [...] As mulheres se submetem à violência não porque “consintam”: elas são forçadas a

‘ceder’ porque não têm poder suficiente para consentir. (SAFFIOTI, 2004, p. 79-80).

Para pensarmos o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes pode-se pensar a partir da compreensão do fenômeno da violência contra mulheres que em todo o mundo, e particularmente no Brasil, atinge um contingente expressivo, indiscriminadamente e independente de sua condição social, econômica ou étnico-racial.

As diversas conferências internacionais realizadas no século XX foram importantes marcos legais para a proteção dos direitos humanos, sobretudo repercussões positivas no avanço para a compreensão e erradicação da violência contra as mulheres.

Amplamente discutido nos estudos sobre violência contra as mulheres, o conceito de gênero, aqui entendido como construção social do masculino e do feminino e como categoria analítica das relações entre homens e mulheres, é recente nos estudos com crianças e adolescentes. O uso desta categoria introduz nos estudos sobre violência sexual uma nova terminologia para se discutir tal fenômeno, qual seja, a expressão “violência de gênero”. Heleieth Saffioti (2004), em sua publicação sobre Gênero, Patriarcado, Violência define violência de gênero como uma categoria de violência mais geral, que pode abranger a violência doméstica e a violência intrafamiliar, segundo esta autora “manifesta-se pelo poder do macho, esse poder é o maior poder exercido dentro do contexto familiar e se exerce sobre o corpo e a psique da mulher”, nesse sentido a criança e a adolescente, por não ter escolha, submete-se ao poder/prazer do mais forte e ao segredo sobre esta relação (SAFFIOTI, 2004, p.69).

Acreditamos que este silêncio frente à violência sexual intrafamiliar, proporciona a criança e a adolescente uma nova estrutura no nível psicológico e social. Cohen (2009) alerta que os efeitos podem variar de acordo com a duração, a frequência, o grau de gravidade, a idade e o grau de parentesco entre a vítima e o abusador e os sintomas podem ser físicos e/ou psicológicos.

Faleiros V.(1998) destaca as conseqüências negativas às vítimas de violência sexual, que perpassam pelos traumas, pelo medo, pela vergonha, pelo terror, sofrem depressão, anorexia, dificuldades nos estudos, problemas de concentração, fobias, sensação de estarem sujas, tentativas de suicídio. Ainda, vulnerabilidade à contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, podendo apresentar sangramento/corrimento vaginal, gravidez, distúrbios gênito-urinários. Podem surgir também, distúrbios em

relação à sexualidade, tais como: frigidez; problemas com gravidez e a maternidade; problemas com a sexualidade, exposição à exploração sexual, fantasias sexuais patológicas, distúrbios sexuais, relações confusa com o corpo.

É notório que a prática de violência sexual contra criança e adolescente configura-se numa violação a integridade física e psicológica, a dignidade, a sexualidade responsável e protegida, sobretudo a violação de seus direitos humanos e direitos particulares de pessoa em desenvolvimento. Trata-se, portanto de um crime, ou seja, é uso criminoso da sexualidade da criança/adolescente, pelo qual o autor deve ser julgado e responder socialmente, em justiça.

Geralmente a resposta da sociedade e do Estado à violência sexual infanto-juvenil, inscrevem-se no marco de crime sexual assim, descrito nas leis penais, a sociedade e o Estado se mobilizam quase que exclusivamente para a repressão e encarceramento do agressor. Obviamente, defendemos a responsabilização daquele que ofende a dignidade de crianças e adolescentes, contudo, nessa abordagem estritamente punitiva, a vítima passa a ser quase que exclusivamente fonte de informação para o “castigo” do autor agressor.

O conjunto de Legislação Jurídica no Brasil é extenso, composto de códigos, protocolos, normas constitucionais, entre outros. Para tanto, na Constituição Federal de 1988, é previsto no art. 227 § 4º “a punição severa a quem pratica abuso, violência e exploração sexual de crianças e adolescentes”, muito embora a terminologia abuso sexual não seja citada, mas trata-se de uma forma de violência sexual.

O Código Penal Brasileiro reconhece vários crimes relacionados à violência sexual, punindo quem abusa quem explora, quem mal-trata, inclusive pais ou responsáveis de crianças e adolescentes. A Lei 8022/90, dos crimes hediondos, alterou o artigo 263 do ECA, no caso das penas impostas aos crimes de estupro e atentado violento ao pudor, vejamos : o estupro (art.213) é considerado crime e prevê reclusão de 10 a 14 anos; o atentado violento ao pudor (art.213,lei 8072/90, art.9º) é previsto reclusão de 10 a 14 anos; a posse sexual mediante fraude (art.215 §único) reclusão de 2 a 6 anos ; corrupção de “menores” (art. 218) pena de 2 a 4 nos de reclusão; o rapto consensual (art. 220) reclusão de 1 a 3 anos ; presunção de violência (art.224,“a”) é considerado quando a vítima com idade inferior a 14 anos e atentado ao pudor mediante fraude (art.216, §único) para este crime é previsto de 2 a 4 anos de reclusão (GABEL,1997, p.220).

Contudo, o processo criminal passa a ser também processo de revitimização das crianças e adolescentes, ampliando seu sofrimento e dificultando as condições de proteção de sua dignidade, todavia não é suficiente reclamar contra a impunidade, lutar a favor da penalidade, mas, sobretudo, refletirmos sobre que modo de responsabilização é mais adequado para os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

### **1.2.2. Violência sexual extrafamiliar: vidas negociadas**

A violência sexual extrafamiliar, é configurada enquanto exploração sexual infanto-juvenil. Trata-se de uma prática que envolve troca de dinheiro ou favores entre usuário, um intermediário (agente, aliciador) e outro que obtém lucro com a compra e venda do uso do corpo de crianças e adolescentes, como se fosse mercadoria, através de meios coercitivos ou persuasivos<sup>10</sup>. Em 1998, a Organização dos Estados Americanos - OEA, através do Instituto Interamericano Del Niño, classificou a exploração sexual em quatro modalidades: prostituição, pornografia, tráfico para fins sexuais, turismo sexual.

É direito das crianças e adolescentes uma sexualidade saudável, todavia em diferentes sociedades verificou-se a existência da exploração sexual. É um fenômeno que sempre existiu, em maior ou menor grau na história humana. Mulheres, adolescentes e crianças recorreram ou foram empurradas para a prostituição<sup>11</sup> pelas condições de miséria e exclusão na qual se encontravam, vendendo seus corpos para os senhores feudais, pelas ruas e bordéis das cidades, nos garimpos e seringais. Pode parecer uma realidade distante, superada, mas não o é.

No interior do Brasil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, meninas são comercializadas como escravas sexuais, por meio das redes de tráfico de seres humanos (LEAL, 1999). Muitas são vendidas pelas próprias famílias, que, extremamente pobres e excluídas, não têm condições de lhes prover o sustento. Como exemplo dessa realidade, observa-se no filme brasileiro “Anjos do Sol”, dirigido por Rudi Langemann e lançado no ano de 2006. Langemann pesquisou exaustivamente, durante cerca de nove anos para a construção do roteiro que conta a história de Maria, uma menina de 10 anos que é vendida pelos pais para um “mercador”. Este procura famílias pobres que tenham filhas

---

<sup>10</sup> I Congresso Mundial Contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças, Estocolmo, Suécia, 1996.

<sup>11</sup> Atualmente tal nomenclatura não é mais utilizada para caracterizar o uso de crianças e adolescentes pra fins sexuais, no entanto utilizamos esse termo, uma vez que estamos nos referindo ao momento histórico no qual era amplamente empregado.

para comprá-las aproveitando-se da situação de miséria da família e revendê-las para uma mulher especializada em realizar leilões de meninas menores de idade virgens para comerciantes, empresários e políticos. Maria e outras meninas vão parar num bordel que fica no meio de um garimpo, no interior da Bahia, onde são violentadas sexualmente, fisicamente e emocionalmente pelos clientes e pelo dono do bordel que as impede de deixar o local.

Podemos constatar que Langemann nessa ficção, mostrou que a inserção de crianças e adolescentes na exploração sexual não é um fenômeno recente, pelo contrário, é algo que toma constante novas formas, seguindo um processo histórico de exclusão. Compartilhamos com Leal (1999, p.30) que ao refletir acerca da exploração sexual, sugere que devemos ter considerações das “dimensões históricas, culturais, estruturais, psicossociais, jurídica, ética e política” que envolve esse fenômeno.

Nesse sentido, as desigualdades econômicas, sociais, de gênero, de etnia, e geração tornam vulneráveis crianças e adolescentes à exploração sexual, isto é, são submetidas a uma relação comercial por adultos (que utilizam muitas vezes da força física, psicológica e cultural) para “tirar proveito” diante da falta de alternativas em que elas se encontram. Para Faleiros, V. (1998), a pobreza apesar de não ser determinante nos casos de violência contra crianças e adolescentes se constitui em um aspecto de agravamento da vulnerabilidade social.

Outro fator a considerar na manifestação de certas modalidades de exploração sexual, refere-se às desigualdades regionais. Como exemplo, a região nordeste está mais propensa à exploração sexual no turismo e pornografia enquanto que na região norte à exploração sexual, onde acontecem nos garimpos, estradas e leilões de virgens. Leal (1999) afirma que esse tipo de violência “se contextualiza em função da cultura (do uso do corpo), do padrão ético e legal, do trabalho e do mercado” e argumenta que do ponto de vista empírico este fenômeno relaciona-se a “múltiplas e variadas situações que permitem observar a presença de determinadas relações sociais e dimensões que as contextualizam” (idem, p. 8-9).

A exploração sexual de crianças e adolescentes na sua definição teórica e suas formas de expressão na realidade brasileira e internacional já passou por diversos conceitos e novas configurações. Um exemplo disso é o termo “prostituição” infantil que muito foi utilizado nas décadas de 1980 e 1990, nos instrumentos internacionais. No Protocolo Facultativo da Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à venda de

crianças, a prostituição e pornografia infantil, é entendida pela utilização de crianças em atividades sexuais em troca de remuneração ou de qualquer retribuição. Grande parte das organizações que atuam no enfrentamento desta questão preferem utilizar a expressão exploração sexual infantil<sup>12</sup>, por compreender que o termo abrange todas as modalidades de exploração sexual cometidas contra meninas/os e adolescentes (à semelhança prostituição adulta, pornografia, turismo sexual, tráfico para o comércio sexual); a utilização do termo “prostituição infantil” aumenta a discriminação das vítimas sem enfatizar o papel dos adultos responsáveis pelo delito. Em outras palavras, isto provoca o estigma do olhar de pena ou de censura da sociedade para as crianças e adolescentes como se por trás delas não houvesse uma cadeia de exploradores. Castanha (1998) contribui destacando que quando se trata de crianças e adolescentes, pessoas em processo de desenvolvimento, a exploração sexual não pode ser entendida como trabalho, pois esta prática implica deteriorização física e psicológica.

Um dos impactos da globalização para o mundo moderno é o acesso ilimitado a informação. A inclusão digital passa a ser critério para uma inserção e interação social, principalmente entre os jovens. Afinal, através da internet se têm em segundos acessos às notícias, fotos, encontros. É um ambiente sem fronteiras, por ser fácil e rápido, passa a ser sinônimo de diversão e um atrativo para crianças e adolescentes que cada vez mais passa tempo acessando esse mundo virtual e com isso a pornografia infantil tem se propagado neste cenário do mundo virtual.

A pornografia infantil pode ser definida como o uso de todo material áudio - visual que utiliza crianças e adolescentes num contexto sexual, comercialização/tráfico ou difusão, ou ainda a produção ou posse de quaisquer materiais que constituam representação de crianças e adolescentes realizando atos sexuais explícitos ou representando como participante (ou utilizando elas) em uma atividade sexual (explícita) ou qualquer representação (ilícita) do corpo ou de parte, cujo caráter dominante seja a exibição com fins sexuais ( Leal, 1999, p.12-13).

Neste sentido, alerta os especialistas para as armadilhas da internet, e aos cuidados que pais e profissionais devem ter ao permitir o acesso de crianças e adolescentes a

---

<sup>12</sup> Neste estudo adotamos esse entendimento.

alguns sites e salas de bate-papo<sup>13</sup>. Landini (2004) afirma que houve um aumento considerável de troca de pornografia infantil via internet e alerta para dois riscos:

[...] A internet ao tornar público o privado, faz com que as pessoas sintam e ajam como se estivessem na esfera privada, isto é, fotos e imagens pornográficas com crianças antes trocadas apenas entre os clubes dos pedófilos<sup>14</sup> passaram a ser trocadas entre vários internautas simultaneamente nas salas de bate papo (LANDINI, 2004, p.103).

Muitos sites internacionais, que são usados para obtenção de jogos infanto-juvenis gratuitos, possuem links com imagem pornográficas que dão acesso direto a sites de conteúdo pornográfico e anúncios com telefones para programas sexuais. Isso pode expor essas crianças e adolescentes de forma involuntária ao conteúdo pornográfico, constituindo-se em isca para os exploradores sexuais, uma vez que para ter acesso aos jogos deve-se fazer um cadastro pessoal, assim alerta Landini (2004).

O crime de pornografia infantil quando cometido “via internet”, devido a sua especificidade, exige uma Polícia equipada tecnologicamente, composta por um aparato pessoal, tecnológico, técnico-administrativo especializado e levando-se em consideração as atuais situações em que se encontram a Política de Segurança Pública, torna-se ainda mais complicado a responsabilização dos culpados.

Segundo Relatório da I Conferência Internacional sobre Pornografia Infanto-Juvenil na Internet, realizada no ano de 2002, na cidade de Salvador-BA, em relação à legislação brasileira sobre a pornografia infantil, houveram importantes alterações no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2003), destacando-se: no art. 240 foi incluso a “atividade fotográfica ou de qualquer meio visual” e houve alteração da pena que antes era de 1 a 4 anos e passou a ser de 4 a 8 anos de reclusão existindo o agravante se o agente comete o crime no exercício de cargo ou função e se obteve vantagem

---

<sup>13</sup> É um termo utilizado para definir sites que permitem a conversação simultânea de várias pessoas, bem como a troca de imagens e fotos.

<sup>14</sup> No Novo Dicionário da Língua Portuguesa, de Aurélio Buarque de Hollanda Ferreira (1986), é possível encontrar a definição para pedófilo, ou seja, é aquele que diz respeito a pessoa, geralmente homens, que têm desejos sexuais exclusivamente por crianças. Segundo a ANDI (Agência de Notícias dos Direitos da Infância) a Organização Mundial de Saúde considera a pedofilia como a preferência sexual por meninos e/ou meninas pré-púberes ou no início da puberdade, a Associação Americana de Psiquiatria detalha um pouco mais o conceito, classificando o transtorno dentro do grupo das parafilias, que são anseios, fantasias ou comportamentos sexuais recorrentes e intensos que prejudicam a vida social e ocupacional do indivíduo o artigo informa ainda, que de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação, a pedofilia “envolve atividade sexual com uma criança pré-púbere (geralmente com 13 anos ou menos)” e que o indivíduo com pedofilia deve ter acima de 16 anos e ser pelo menos cinco anos mais velho que a criança com a qual ele tem relação sexual ou deseja se relacionar (Boletim nº 5, Artigo 34, julho, 2010. Disponível em: < <http://www.andi.org.br>> Acesso em: 10/12/2010.

patrimonial, neste caso, aumenta-se a pena para 1/3. Ainda, no art. 241 foi acrescentado vender ou expor à venda fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfico envolvendo criança ou adolescente, inclusive por meio de sistema de informática, ou internet”, fotografias ou imagens pornográficas de crianças e adolescentes, com reclusão de 4 a 8 anos. Nesse sentido, no art. 244-A foi acrescido “submeter criança ou adolescente” à prostituição ou à exploração sexual” incorre a mesma pena, de 4 a 8 anos, o proprietário, gerente ou responsável pelo local em que se verifique a submissão de crianças e adolescentes e obrigatoriamente havendo à condenação, acarretará a “cassação da licença de localização e de funcionamento do estabelecimento.”

Os avanços do Estatuto da Criança e do Adolescente ECA (Brasil, 2003) sobre os crimes de pornografia na internet não foram contemplados de forma explícita pelo Código Penal (Brasil, 1997), pois o artigo 234 o que mais se aproxima com a criminalização da pornografia infanto-juvenil registra que “fazer, importar, exportar, adquirir, ou ter sob sua guarda, para fim de comércio ou distribuição ou de exposição pública, escrito, desenho, pintura, estampa ou qualquer objeto obsceno.”

Além disso, mais um agravante diz respeito a falta de culpabilização do sujeito “cliente”, tanto o ECA quanto o Código Penal não prevê de forma explícita pena para o cliente ou consumidor dos serviços e publicações de pornografia infanto-juvenil. Leal (2004) aponta que este fenômeno está inserido no “mercado transnacional, que potencializa a sexualidade na relação de troca comercial, submetendo crianças e adolescentes à condição de mercadoria” (LEAL,2004, p.42).

A Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes-PESTRAF-realizada em 2002, apontou que nesta relação mercadológica, mulheres e adolescentes entre 15 e 25 anos, são mercadorias. O perfil destas, na maioria são afro-descendentes, alfabetizadas, de classes populares, que moram em bairros periféricos e que já passaram por algum tipo de violência sexual e/ou física. De acordo com esta pesquisa, a demanda é o “mercado/usuário/consumidor” composta por redes organizadas de criminosos.

Particularmente na questão do tráfico para fins sexuais, a globalização joga um papel fundamental: “Facilitado pela tecnologia, pela migração, pelos avanços dos sistemas de transporte, pela internacionalização da economia e pela desregulamentação dos mercados, o tráfico, no contexto da globalização, articula-se com redes de colaboração global, interconectando-se a mercados e a atividades criminosas,

movimentando enormes somas de dinheiro. Os mercados locais e globais do crime organizado, das drogas e do tráfico para fins sexuais, como por exemplo, a Yakusa, as Tríades Chinesas, a Máfia Russa e os Snake Heads, são responsáveis pela transação de quase um bilhão de dólares no mercado internacional de tráfico humano.” (RELATÓRIO DA CPMI DA VIOLÊNCIA E REDES DE EXPLORAÇÃO SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE, 2004, APUD CASTANHA, 1998).

Neste contexto, as vítimas do tráfico são mulheres, adolescentes que saem dos seus países de origem, muitas vezes iludidas por falsas promessas de emprego ou em busca de condições melhores de sobrevivência, por meio da exploração sexual. No entanto, ao chegar ao país de destino, são tratadas como escravas, em condições subumanas e o que seria um sonho de vida passa a ser um pesadelo.

A expressão turismo sexual encontra-se em discussão, por existirem críticas pertinentes sobre a utilização deste termo, principalmente para caracterizar o crime de explorar sexualmente crianças e adolescentes. Por isso, aqui propomos utilizar a expressão exploração sexual de crianças e adolescentes no turismo. Para tanto, buscamos um conceito que mais se adequasse a essa modalidade:

[...] Exploração de meninos e meninas e adolescentes por visitantes, em geral, procedentes de países desenvolvidos ou mesmo turistas do próprio país, envolvendo a cumplicidade, por ação direta ou omissão de agências de viagem e guias turísticos, hotéis, bares, lanchonetes, restaurantes e barracas de praia, garçons e porteiros, postos de gasolina, caminhoneiros e taxistas, prostíbulos e casa de massagens, além da tradicional cafetinagem. (CECRIA,1997 apud LEAL,1999, p.13)

No Brasil, no período de 1997 a 2003, o Plano Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-Juvenil, operacionalizado pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência - ABRAPIA, contabilizou 3.328<sup>15</sup> casos de exploração sexual, o que despertou uma preocupação de diversos setores

---

<sup>15</sup> Este dado é resultado de um estudo realizado pela ABRAPIA, que a convite do Ministério da Justiça, operacionalizou e desenvolveu um sistema de recebimento de denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes, através do telefone 0800990500, nacional e gratuito. Durante 6 anos, de fevereiro de 1997 a fevereiro de 2003, com parcerias em todo país foi desenvolvido o Sistema Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual Infanto-Juvenil. Em 2003, a ABRAPIA publicou o livro “Do Marco Zero a Uma Política Pública de Proteção à Criança e ao Adolescente” – 0800990500 – Sistema Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual Infanto-Juvenil”, onde são relatadas todas as ações desenvolvidas, seus resultados e os dados do período de 1997 a 2003. Informações

com a exploração sexual de crianças e adolescentes no turismo. Esta modalidade de violência sexual pode ser refletida a partir de outras categorias estruturantes, tais como sugere Leal (2001): as trocas simbólicas profundamente significativas para as adolescentes (a troca de sexo, carinho, afeto, conforto), estabilidade financeira, elevação da auto-estima, necessidade de vivenciar um grande amor, desejo de ascensão econômica gerando mobilidade social e a possibilidade de um casamento com estrangeiros, ou simplesmente viver um tempo na Europa. Tais categorias surgem como uma alternativa escapatória para a impossibilidade e ausência de perspectivas de projeto de vida dentro do país para essas crianças e adolescentes.

## **CAPÍTULO II - POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

### **2.1. Revisitando a infância e adolescência no contexto europeu e brasileiro**

A história social da criança, do adolescente e da família tem sido marcada por transformações ao longo da história. Para entender o atual contexto da política de atendimento e atenção voltada para criança e adolescente no Brasil é necessário compreender o processo histórico da construção do sentimento de infância e adolescência que em sua trajetória nos países europeus, sobretudo no Brasil transitou por várias orientações políticas, filosóficas e sociológicas, principalmente com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) que representou uma mudança de referencial.

#### **2.1.2. O sentimento de infância**

O sentimento de infância despertado na Europa é algo que emerge no século XVII, quando começa a fazer uma nítida separação entre a criança e o adulto, a família passou a ser o núcleo por excelência, responsável pelo cuidado e educação da infância.

Historicamente, a criança mostrava-se presente nas sociedades a partir da sua inserção no contexto social. A família e seus integrantes de acordo com o contexto sócio-econômico e geográfico em que se encontravam, organizavam-se e tinham papéis sociais diferenciados ao longo da história da humanidade.

Nas sociedades antigas, a socialização da criança e a transmissão de valores e conhecimentos não eram tarefas da família. Não se dava à infância uma ênfase especial, enquanto uma fase distinta do ciclo vital. Esta não era merecedora de atenção particular, muito menos tinha suas especificidades reconhecidas. Para tanto, Philippe Ariès em seu livro *História Social da Criança e da Família* (1978), constata que ao longo da história da humanidade, a concepção e o tratamento dedicado à infância variaram, do desconhecimento à indiferença, de um período de transição rapidamente superado e sem

importância, à idade da inocência, da graça da irracionalidade, até ao sujeito e objeto de amor e de cuidados.

O autor nos aponta, que o processo de socialização da criança se dava no espaço público. A criança de classe mais favorecida, ao nascer era criada por nutrizas (amas de leite), após o desmame, por volta dos sete anos, a criança participava de jogos e brincadeiras dos adultos, bem como, as relações de vizinhança, amizade e tradições se misturavam à vida familiar, onde as trocas afetivas e comunicações sociais faziam parte da vida coletiva, não existindo a distinção entre idade e condições sociais. Quanto às crianças de camadas populares, estas eram tratadas como seres imperfeitos e sem valor, vivendo em estado de abandono quer físico, quer moral.

A indiferença social e familiar pelo bem-estar da criança gerou um alto índice de mortalidade, Ariès (1978) afirma que foram séculos de alto índice de mortalidade, o que denominou de “infanticídio tolerado”, uma vez que a mortalidade infantil, era aceita com naturalidade, gerando uma expectativa de vida das crianças portuguesas e de outros povos da Europa de quatorze anos, enquanto cerca de metade dos nascidos vivos morria antes de completar sete anos de idade, assim afirma:

Se a criança morresse como muitas vezes acontecia, alguns podiam ficar desolados, mas a regra geral era não fazer muito caso, pois uma outra criança logo a substituiria. A criança não chegava a sair de uma espécie de anonimato. (ARIÈS,1978,p.10).

Portanto a criança não tinha papel definido na sociedade, sendo entregue ao anonimato até que pudesse ingressar no mundo adulto, vivendo, uma “marginalidade natural” até que estivesse pronta para entrar no mundo dos homens e das mulheres. Para o referido autor, não existia nesta época a noção de infância como concebida contemporaneamente pelas sociedades ocidentais.

Na Idade Média e início da Moderna as crianças, principalmente de classe baixa, eram inseridas no convívio com os adultos desde cedo, com quem compatilhavam o trabalho e os divertimentos. A criança era vista como mão-de-obra importante para complementar a renda familiar, uma vez que eles ajudavam os outros membros da família nas suas tarefas de produção de bens. Sobretudo, nas sociedades agrárias, os membros mais jovens da família também tinham um papel importante no ciclo de produção, ajudando no plantio e colheita da agricultura e no manuseio dos animais ( Ariès,1978).

De criancinha pequena, se transformava em homem adulto, sem passar, necessariamente pelas etapas da adolescência e juventude - fases do desenvolvimento humano considerada como essenciais, nas sociedades contemporâneas – esse sentimento de uma infância curta persistiu por muito tempo nas classes populares.

A duração da infância era reduzida ao seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se; a criança então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos e partilhava de seus trabalhos e jogos (ARIÈS, 1978, p. 10).

Diante das transformações na sociedade geradas pela transição do feudalismo para o capitalismo, a partir do século XVII, fez modificar os modos de vida das pessoas. Mudanças ocorreram no interior da família e das relações estabelecidas entre pais e filhos. A sociabilidade privada ganhou importância, restringindo-se às relações familiares e de amizade. Essa mudança ocorreu mais rápida em determinada classe social (burguesia) e regiões (cidades).

A família, ao passar da forma aberta ao mundo exterior para o modelo nuclear burguês, contribuiu para uma nova concepção da infância, que ao se aproximarem cada vez mais dos filhos, desenvolveram um sentimento de afeição, exprimindo, sobretudo, através da importância que começou a se atribuir à educação. Não se tratava mais apenas de estabelecer os filhos em função dos bens e da honra, “tratava-se de um sentimento inteiramente novo: os pais interessavam-se pelos estudos dos filhos” ( ARIÈS, 1978, p. 11-12).

Com o advento da família nuclear burguesa e do capitalismo, intensificaram-se o processo de escolarização e da construção do conceito moderno de infância. A educação das crianças foi inspirada num contexto moral, ou seja, dentro dos padrões da Igreja, marcando a relação de pai, mãe e criança, representando um modelo de família conservadora, símbolo da continuidade parental e patriarcal, onde a preocupação da família com a educação<sup>16</sup> da criança fez com que mudanças ocorressem e os pais comesçassem a se responsabilizarem da formação moral e intelectual de seus filhos.

---

<sup>16</sup> Ariès (1978) comenta que tal educação era desenvolvida através dos mais severos métodos, retirando a criança do convívio do adulto e da vida pública, enclausurando-a em colégios para serem disciplinadas fazendo-a conhecer o castigo físico, que para Foucault (2008) tal educação, exercia várias funções, dentre elas: a de adestrar corpos vigorosos (imperativo de saúde), obter indivíduos competentes (imperativo de qualificação), formar indivíduos obedientes (imperativo político) e prevenir a devassidão e homossexualidade (imperativo de moralidade).

A partir do fim do século XVII e início do XVIII, com o surgimento das sociedades industriais no mundo ocidental, uma mudança considerável alterou a forma de inserção social da criança: a escola. Esta substituiu a aprendizagem caseira como processo educativo. Os pais tiveram que deixar sua produção doméstica e sua moradia para ir às fábricas e outros locais de produção externos.

Nesse contexto, aprender a ler e escrever passa a ser uma necessidade, tendo em vista, que era preciso ler as instruções sobre como manusear as máquinas, para melhor produzir no ambiente industrial. Sendo assim, a escola se instala como uma instituição que vem também atender às necessidades do modo de produção capitalista e do novo tipo de organização familiar onde seus integrantes passam a ter papéis específicos e diferenciados.

Com isso a família e a escola juntas contribuíram significativamente para as transformações na postura dos adultos frente às crianças. Tal postura resultou em um maior cuidado com a higiene, na queda das taxas de mortalidade infantil, na preocupação com a educação das crianças e com o seu futuro. Ao retirar a criança do mundo dos adultos, família e escola se tornaram os principais espaços de socialização da infância, corrobora Ariès (idem, 1978).

A complexidade da vida da criança foi modificada pelas diferenças do tratamento dado ao sentimento de infância, que foi se constituindo mediante o cuidado e atenção da sociedade para com a “criança burguesa” e a “criança do povo”<sup>17</sup>. A infância passa a assumir um papel central na família deixando o anonimato e passando a ser concebida como uma categoria social. Esta categoria tem como referência os aspectos históricos, sociais e culturais presentes nas condições de vida das crianças e das mudanças ocorridas na sociedade.

### **2.1.2. Infância e adolescência no Brasil: do anonimato à condição de “menor”**

A infância no Brasil chegou com diferenças e semelhanças, mas com uma defasagem de dois séculos do contexto europeu. O reconhecimento da infância brasileira, segundo Del Priore (2009) foi construído entre pais, mestres, senhores e patrões, os

---

<sup>17</sup> Ariès, op. cit. p.129

pequenos corpos infantis tanto se dobraram a violência, as humilhações quanto foram amparados pela ternura dos sentimentos familiares mais afetuosos.

Com a expansão marítima e mercantil, tendo Portugal como pioneiro, o Brasil como uma Colônia oficial, foi fruto da expansão marítima e mercantil da Europa. Foram exatamente o colonialismo e o mercantilismo que por três séculos determinaram a orientação da economia e a vida da sociedade em formação (idem, 2009). A ocupação do Brasil pelos portugueses deu-se pelo processo de colonização baseando-se na exploração da riqueza da terra para abastecer os centros econômicos da Europa. Sendo assim, a organização da sociedade foi imposta de fora, em função das necessidades, dos interesses e das ações dos outros. E a partir deste cenário situaremos, como ponto de partida, a análise da atenção à criança brasileira.

No período de colonização do Brasil, a Igreja destaca-se com suas ações de cunho caritativo e de evangelização dos nativos. Del Priore (2009) destaca que o ensino das crianças é uma das primeiras e principais preocupações dos padres da Companhia de Jesus (os jesuítas), também expressada no Regimento do Governador Tomé de Sousa, no qual determinava “aos meninos porque neles imprimirá melhor a doutrina<sup>18</sup>, trabalhareis por dar ordem como se façam cristão” (DEL PRIORE, 2009, p.55). De fato, tal doutrina orientou na formação dos próprios membros da Companhia, bem como, na instrução de crianças e adolescentes com o propósito de ser “ensinada e instituída nas letras e bons costumes” (idem, p.56).

No aprendizado da doutrina da Companhia de Jesus, o desafio não estava apenas de doutrinar nas coisas da fé e sim perseverar firmes e constantes nos bons costumes, assim implicando numa transformação radical na vida dos jovens índios<sup>19</sup>. Ao longo do século XVI foram várias as estratégias para garantir a ascendência sobre as crianças indígenas, mestiças ou mesmo portuguesas. Tendo em vista que para manter o ensinamento da doutrina, por meios de colégios, ou até mesmo nas aldeias indígenas a Companhia de Jesus requeria um número significativo de religiosos, bem como de recursos financeiros fixos para manutenção desses colégios (idem, 2009).

Sendo assim, com um sentimento de compaixão ou de caridade, a atitude adotada pela Igreja foi de criar com as comunidades urbanas, por meio das “obras de

---

<sup>18</sup> Para Del Priore (2009, p. 73) no aprendizado da doutrina os jesuítas desenvolveram catecismos com diálogos para que as crianças fixassem as normas da Igreja, apostava-se também na capacidade de memorização dos jovens indígenas.

<sup>19</sup> Muitas vezes a criança indígena era entregue pelos próprios pais aos padres jesuítas, no qual se inscreviam na luta contra a antropofagia, a nudez e a poligamia (idem, p.61).

caridades” a constituição das Confrarias, dessas associações surgiram as primeiras instituições de proteção à infância “desvalida” (MARCÍLIO, 2001).

Como a política do Império era de explorar as riquezas do Brasil, fazendo-o existir só em função dos interesses externos, a economia não se estruturou voltada para o atendimento das necessidades básicas da sociedade local em formação, mas prioritariamente em função do exterior. Como a sociedade brasileira atravessou vários ciclos econômicos<sup>20</sup>, voltados ao atendimento da demanda externa, aos interesses do latifúndio e principalmente do comércio exportador e importador de escravos, o Brasil permaneceu por muito tempo numa condição colonial de submissão aos países europeus. Com isso, gerou uma estrutura social com inúmeras desigualdades que na sua maioria era constituída de senhores e escravos, negros e mulatos, mestiços, índios e brancos pobres excluídos, e um alto índice de crianças abandonadas e enjeitadas, chamadas de “expostos”<sup>21</sup>, com isso, tornou-se uma questão que preocupava autoridades, religiosos e homens públicos.

Face ao agravamento da situação dos expostos a discussão em torno da criação da Roda, trouxe polêmicas nos aspectos morais, religiosos, humanísticos, políticos e econômicos. Para tanto, não havia instituição de proteção aos órfãos, estes eram recolhidos para instituições asilares de caráter assistencialista. Assim a “Roda dos Expostos”<sup>22</sup>, constituía um sistema legal e assistencial de crianças abandonadas até sua maioridade, como assinala Faleiros, E. (2009).

Marcílio (2001) afirma que a Roda dos Expostos, foi uma das instituições brasileiras com maior tempo de funcionamento, tendo seu início no Brasil Colônia e sendo extinta definitivamente na década de 1950. Durante esse tempo foi praticamente a única instituição de assistência à infância abandonada em todo o Brasil. Um dos objetivos da Roda era salvar recém-nascidos abandonados, para depois encaminhá-los a trabalhos produtivos e forçados, com o intuito de orientar a população pobre no sentido de

---

<sup>20</sup> Quanto a este assunto Brum (2005) esclarece que o Brasil foi marcado por três grandes ciclos. Para tanto os destaca: ciclo do açúcar, do ouro e do café. Ressalta ainda que os ciclos menores destacam os do algodão, da borracha, do cacau e do extrativismo do pau-brasil; e os subciclos foram representados pelos do gado e do fumo, para o autor, estes são considerados auxiliares dos ciclos principais.

<sup>21</sup> Crianças abandonadas, órfãos, pobres (MARCÍLIO, 2001).

<sup>22</sup> A Roda, surgida na Europa e posteriormente no Brasil, na sua estrutura física consistia em um aparato de madeira de formato cilíndrico sobre um eixo rotatório, fixado no muro ou na janela da instituição, com um dos lados vazados para que a criança fosse colocada. Ao ser deixada na Roda, a pessoa girava-a e puxava um cordão com uma sineta para avisar aos responsáveis pelo recolhimento que acabara de ser abandonado uma criança, retirando-se do local sem ser reconhecido (MARCÍLIO, 2001, p.57).

transformá-la em classe trabalhadora e afastá-la da perigosa camada envolvida na prostituição e vadiagem.

Os expostos, recolhidos e assistidos pelo sistema da Roda ao final de suas diferentes etapas, eram conduzidos (os poucos sobreviventes) ao trabalho precoce e explorado, pelo qual ressarciam seus 'criadores', ou o Estado, dos gastos feitos com sua criação (FALEIROS E., 2009, p. 220).

Ao longo do século XVI a assistência pública à infância apresentou uma transformação das ações de cunho caritativo em assistência de caráter social, mostrando maior preocupação com a criança. Essa mudança foi fomentada pela nova mentalidade instaurada no país com o advento da República (FALEIROS, E., 2009). Entretanto, na perspectiva de Brum (2005) do ponto de vista econômico, a simples transferência de ideais políticos e liberais das matrizes européias para o Brasil, não possibilitou a ruptura com a situação colonial "permanecendo o país numa posição subalterna, mero reflexo das necessidades, dos interesses e das ações dos centros de poder mundial" (BRUM, 2005, p. 154). Destarte, a assistência pública oficial era por sua vez ainda orientada pela tradição das práticas caritativas, constituindo-se por "reformatórios e as escolas premonitórias e correccionais, para onde eram distribuídos os menores abandonados e viciosos" (idem, p. 227).

As discussões nacionais e internacionais sobre o atendimento especializado aos chamados 'menor'<sup>23</sup>, realizados pelas instituições de recolhimento dos indesejados baseavam-se em critérios de moralidade e classe social, não promoviam a educação da criança e sua preparação para o futuro. Ou seja, o foco da assistência não estava na criança, mas na condição de 'menor', 'menor abandonado' e 'menor delinquente'. Cuidar dessa criança era fundamental para que ela estivesse protegida de todos esses perigos e não reproduzissem mais tarde a realidade dos seus lares pobres e não constituísse, no futuro uma ameaça à sociedade. Para ilustrar essa ótica discricionária, Franco Vaz (apud Rizzini, Irma, 2009, p.240) refere-se ao discurso do então presidente da República Rodrigues Alves, onde invoca:

---

<sup>23</sup> O termo 'menor' era utilizado para caracterizar a criança proveniente de famílias pobres, ou seja, era associado ao abandono moral, à criminalidade e a pobreza (RIZZINI, IRMA, 2009).

[...] Numa cidade moderna e saneada era preciso também uma população expurgada de seus piores elementos [...] era urgente e dispensável reprimir a vagabundagem, o vício e o crime com a criação de colônias correcionais, preservando ao mesmo tempo, a mocidade que para aquele se dirigia, por meio d' uma educação em instituições apropriadas. (FRANCO VAZ apud RIZZINI, IRMA, 2009, p.240).

Essa distinção teve fortemente seu reflexo no aparato jurídico-assistencial criado pelo Estado para a infância no país. Em 1916 foi criado o Código Civil Brasileiro, que legislava sobre os direitos individuais, de propriedade e da família que definia responsabilidades dos pais frente aos filhos até 21 anos, concebido para tratar de forma diferenciada as infâncias do país. Não obstante, algumas crianças inseridas em família que se enquadravam nos padrões socialmente esperados não necessitavam da presença do Estado. Outras, porém, eram alvos dessa presença principalmente aquela em que lhes faltavam os cuidados da família (RIZZINI, IRENE, 2009).

Na década de 1920, emergiu uma fase importante de transição da evolução histórica brasileira. Sua primeira grande crise foi manifestada pela insatisfação e urgência de independência econômica e cultural tendo como destaque a eclosão da Primeira Guerra Mundial e em nível interno a Semana de Arte Moderna em São Paulo, a fundação do Partido Comunista do Brasil e a revolta do Forte de Copacabana, desencadeando o Movimento Tenentista que abriu a participação dos militares na vida política e administrativa do país (BRUM, 2005).

Com esse cenário conturbado de transformações soci-político-cultural, era latente a função de controle social que envolvia os pobres, viciosos, etc, tendo em vista dos temores que perpassavam-se pela materialidade da consciência e da força desta população. Nesse sentido, a aliança firmada entre a Justiça e a Assistência legitimou a criação de uma instância regulatória, com isso, foram criados o Juízo de Menores do Distrito Federal e o 1º Código de Menores Brasileiro (1927), ambos com uma lógica do modelo filantrópico, “que visava o saneamento moral da sociedade a incidir sobre o pobre” (RIZZINI, IRENE, 2008). A partir de então, a palavra ‘menor’ passa ao vocabulário corrente tornando-se uma categoria classificatória da infância pobre (RIZZINI, IRENE; RIZZINI, IRMA, 2009).

Segundo Silva (2005) a base filosófica do direito menorista prevista no Código de Menores de 1927 e de 1979 manteve-se quase inalterada desde sua origem e observa que foram 63 anos até a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990. A

criança e adolescente só tinham direitos quando eram julgados em risco, em uma situação de doença social, irregular; não reconhecendo-os como sujeitos de direitos.

A partir da década de 1940 em diante foram criadas inúmeras instituições voltadas para atender de diferentes formas as crianças e adolescentes das classes populares. A Legião Brasileira de Assistência (LBA), os organismos que compõem o sistema S (SENAC, SESC e SENAI), fortaleceram, de certo modo, a articulação dos interesses estatais e privados principalmente na promoção de serviços de preparação de mão de obra infanto-juvenil.

Em meados dos anos 1960, o Estado intervém novamente na questão da infância empobrecida sob diferentes moldes. Numa perspectiva de um governo modernizador, com mudanças expressivas no setor econômico, principalmente nas políticas públicas (habitação e previdência social), destaca-se a extinção do Serviço de Assistência ao Menor- SAM- que por críticas da imprensa e do Parlamento, por não ter mais condições necessárias de garantir a readaptação dos “menores”, tem sua extinção em outubro de 1964 em seguida o novo órgão é criado, denominado como Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor - FUNABEM. Este órgão propunha assegurar prioridades aos programas que visassem à integração do menor na comunidade através da assistência na própria família e na colocação familiar em lares substitutos; apoiar instituições que se aproximassem da vida familiar, respeitando o atendimento de cada região, ou seja, moldando-se à tecnocracia e autoritarismo do Regime Militar. (FALEIROS, V., 2009).

Na década seguinte nos anos 1970, com o endurecimento da Ditadura Militar que se instala em 1964, o cerceamento da liberdade aumenta e muitas associações e sindicatos são obrigados a viver na clandestinidade e/ou obrigados a se dissolverem. Faleiros, V. (2009) destaca que a sociedade civil encontra na Igreja Católica espaços para organização e debates, nesse contexto nasce a Pastoral do Menor, marcando a preocupação da Igreja Católica com a infância e juventude pobre do país. Este autor, ressalta ainda que com a migração acelerada aos grandes centros urbanos do Brasil, o crescimento populacional das grandes cidades acentuou o contingente de pessoas, sobretudo de crianças e adolescentes que transformavam os espaços públicos em locais de produção de renda e de moradia. Os números não deixavam de traduzir uma realidade que tendia a se agravar, colocando em situação “de risco” a infância pauperizada.

Nesse contexto, surge na Câmara dos Deputados em 1976, a Comissão Parlamentar de Inquérito da Criança - CPI do Menor, reconhecendo que o tema tornou-se

prioritário e que o Código de Menores de 1927 já estaria defasado por não possuir mecanismos eficazes para o tratamento do problema. A CPI revelou a existência de 13.542.508 crianças e adolescentes em situação de carência (aqueles cujos pais ou responsáveis não tinham condições de atender suas necessidades básicas) e 1.909.570 abandonados (sem vínculo familiar).

A partir desse cenário, vários movimentos como a celebração do Ano Internacional da Criança (1979), a ampliação da atuação da UNICEF<sup>24</sup> no Brasil, o surgimento do Movimento em Defesa do Menor de São Paulo impulsionaram a criação do novo Código de Menores (FALEIROS, V., 2009).

Aprovado pelo Congresso Nacional a Legislação tinha como foco as crianças “em situação irregular”, voltando-se muito mais para o adolescente infrator do que para a criança trabalhadora, cujos direitos e deveres passaram, desde 1943 a serem regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A questão da infância na década de 1970 foi colocada como um grave problema na sociedade brasileira principalmente por não ter alterado a estrutura de desigualdade que penalizou milhões de crianças e adolescentes de famílias de baixa renda, sobretudo por não ter elevado o nível de cidadania desse grupo social (idem, 2009).

No Brasil a década de 1980 é considerada como uma década marcada pelas ações e movimentos sociais em torno da criança e do adolescente. Tendo como marco propulsor, a violência sofrida por crianças e adolescentes que tinham a rua como espaço de moradia e a aglutinação de vários movimentos sociais político-democrático que antecederam a promulgação da Constituição Federal de 1988. Essa discussão repercutiu na mudança do cenário das políticas públicas brasileiras, com foco central de que a criança e o adolescente são pessoas em desenvolvimento e sujeitos de direitos. Com isso, inicia-se um novo olhar ao público infante-juvenil. Seguindo as discussões e orientações das convenções internacionais, o estigma perpetuado por gerações, de infância pobre ameaçadora da ordem social, emerge um novo conceito de infância desprotegida e desprovida de direitos, principalmente nos chamados países em desenvolvimento.

A Convenção Internacional pelos Direitos da Criança (1989) resultante de um encontro realizado pela Organização das Nações Unidas com mais de cem chefes de Estado e de Governo, entre eles o do Brasil, propõe um novo olhar para crianças e

---

<sup>24</sup> A UNICEF chegou no País em 1948 e, gradativamente, passa de uma função puramente assistencial para o apoio direto às comunidades pobres através de suas próprias organizações.

adolescentes, principalmente aqueles em situação de risco pessoal e social. Nesse novo discurso difundido por organizações que militavam na área da infância/adolescência, crianças e jovens são citados como “sujeitos de direitos”, necessitando que o Estado, a sociedade e a família assegurassem todas as condições necessárias para que eles pudessem se desenvolver de forma saudável, tanto física como emocional e socialmente.

Quando o Brasil assina a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989)<sup>25</sup>, o país assume como tarefa garantir a proteção integral da criança desde a sua gestação, passando pelo desenvolvimento saudável da infância e uma adolescência e juventude protegidas. De meros objetos de intervenção jurídico-social, passam a ser sujeitos de direitos individuais e coletivos exigíveis com base nas leis e pessoas em condições especiais de desenvolvimento. Nessa direção é proposto um novo olhar em relação ao público infante-juvenil brasileiro, com várias ações e mobilizações da sociedade<sup>26</sup>, é promulgada a Lei 8069 de 13 de julho de 1990, denominada de Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Neste momento, há mobilização dos grupos envolvidos para propor mudanças na forma de lidar com a terminologia, ou seja, ao se referirem à criança e ao adolescente, antes estigmatizados de “menores”, é proposto que as expressões criança, adolescente sejam utilizadas, refletindo a luta pelos direitos e pela cidadania infante-juvenil, defendidos pelos movimentos sociais. Assim, legalmente passam a ser considerados prioridade absoluta para a família, sociedade e Estado.

## **2.2. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a proteção contra a violência sexual**

A luta em defesa da família, da infância e da juventude teve reconhecimento com a Carta Constitucional de 1988. Uma série de normativas internacionais contribuiu

---

<sup>25</sup> A Convenção sobre os Direitos da Criança é um instrumento de direitos humanos mais aceitos na história universal, tendo sido assinado por 192 países. Esta preconiza uma especial proteção e melhoria contínuas na situação das crianças em todo o mundo, bem como o seu desenvolvimento e sua evolução em condição de paz e segurança (UNICEF).

<sup>26</sup> No Brasil, na passagem das décadas de 1970 a 1980, fruto de uma indignação com os níveis de violência praticada contra crianças e adolescentes em situação de rua nasce o Movimento de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (MDCA). Com a participação do MDCA e de outros movimentos sociais- Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), da Frente Nacional de Defesa dos Direitos da Criança (FNDC) e da Pastoral do Menor, da Conferência dos Bispos do Brasil (CNBB)-é criado o Fórum Nacional Permanente de organizações não-governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, estes se empenharam junto ao Congresso Nacional na inserção dos direitos da criança e do adolescente na Constituição Federal de 1988 e posteriormente na aprovação do ECA (1990) informações extraídas do Almanaque Pé-de-Moleque ( edição extra) : Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua -1985-1995, Brasília, out./1995.

para o movimento que se formava em prol da defesa dos direitos humanos desses sujeitos. Dentre diversas normativas, destacamos a Convenção sobre os Direitos da Criança, em vigor até os dias de hoje, oficializada como Lei Internacional pela Organização das Nações Unidas - ONU, e ratificada no Brasil em 1990, determina as diretrizes para toda e qualquer norma reguladora de atenção à família. Como exemplo dessa luta, faz-se o primeiro reconhecimento internacional desses direitos por meio da Declaração de Genebra (1923), posteriormente com a formalização da consagrada Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança da ONU (1989), e seguidamente na Constituição Federal (1980) culminando com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 (GUERRA, 2008, p. 91).

Em resposta ao esgotamento histórico-jurídico e social do Código de Menores, emerge o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990), este é o resultado de um processo de construção histórica de lutas e movimentos sociais pela infância/adolescência, dos movimentos progressistas da sociedade política e civil brasileira. Como resposta à estes movimentos, na Constituição Federal de 1988 foi aprovado o artigo 227 que consagra a doutrina da proteção integral, e este conteúdo está disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA (1990), que declara:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, Art. 227).

O artigo supracitado, adicionado ao que estabelece o Art. 86 do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (1990), configura a Rede de Proteção de Crianças e Adolescentes, o que Faleiros (2006, p.135) denomina como sendo “o conjunto social constituído por atores e organismos governamentais e não governamentais, articulado e construído com o objetivo de garantir os direitos gerais ou específicos de uma parcela da população infanto-juvenil”. Para tanto, a Rede de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes é um exemplo desta rede, ela tem como marco de

referência o Sistema de Garantia de Direitos que é estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA (1990).

O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente - SGD- constitui-se na articulação e integração das instancias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, nos níveis Federal, Estadual Distrital e Municipal. Nogueira Neto (2005, p. 14), ressalta que o SGD “se operacionaliza mais como um ‘sistema estratégico’ do que propriamente como um sistema de ‘atendimento direto’. Na visão desse autor, o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente compreende, prioritariamente, os seguintes eixos: a) Eixo da Defesa dos Direitos Humanos: os órgãos públicos judiciais; ministério público, especialmente as promotorias de justiça, as procuradorias gerais de justiça; defensorias públicas; advocacia geral da união e as procuradorias gerais dos estados; polícias; conselhos tutelares; ouvidorias e entidades de defesa de direitos humanos incumbidas de prestar proteção jurídico-social; b) Eixo da Promoção dos Direitos: a política dos direitos humanos de crianças e adolescentes operacionaliza-se através de três tipos de programas, serviços e ações públicas, a saber: 1) serviços e programas das políticas públicas<sup>27</sup>, especialmente das políticas sociais; 2) serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos humanos; e 3) serviços e programas de execução de medidas sócio-educativas e assemelhadas; c) Eixo do Controle e Efetivação do Direito: realizado através de instâncias públicas colegiadas próprias, tais como: 1) conselhos dos direitos de crianças e adolescentes; 2) conselhos setoriais de formulação e controle de políticas; e 3) os órgãos e os poderes de controle interno e externo definidos na Constituição Federal. Além disso, de forma geral o controle social é exercido soberanamente pela sociedade civil, através das suas organizações e articulações representativas.

No entanto, após 20 anos de implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (1990) percebe-se que o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente na prática, não está integralmente institucionalizado e vem trabalhando de forma desarticulada, sobretudo com problemas na qualificação de seus operadores e

---

<sup>27</sup> “Políticas Públicas (ou políticas de Estado) são aquelas desenvolvidas conjuntamente pelo governo e pela sociedade civil organizada. Podem ser classificadas como políticas sociais (educação, saúde, assistência social etc.); políticas institucionais (segurança pública, defesa do estado, relações exteriores, etc.), políticas infra-estruturantes (transporte, turismo, indústria, comércio etc.), e políticas econômicas (tributária, cambial, orçamentária, bancária etc.)” (SANTOS, 2004, p.14)

isto trás prejuízo na implementação das políticas públicas que garantem os direitos assegurados pela legislação vigente, podemos inclusive considerar, isso tudo como uma realidade de transgressão, que atinge uma parcela significativa de crianças e de adolescentes que em seu cotidiano, vivenciam várias formas de maus-tratos, sobretudo de violência.

Como estratégia de enfrentamento às formas de violação dos direitos da população infanto-juvenil, o Governo Federal brasileiro em parceria com os Governos Estaduais e Municipais, além de órgãos internacionais e não governamentais elaborou Planos Operativos<sup>28</sup> com diretrizes que subsidiam diagnósticos, mobilizações, atendimento e outras ações.

Com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), emergem no cenário brasileiro inúmeras iniciativas de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes. Como resposta da sociedade à forma de exploração do trabalho infantil sob a face da exploração sexual comercial e às outras situações de violência sexual, destaca-se a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) instaurada em 1993 na Câmara Federal dos Deputados, com a participação de 13 deputados titulares de diferentes partidos e igual número de suplentes, objetivando apurar a realidade da exploração e prostituição infanto-juvenil em diversos estados do país (SANTOS, 2004). Uma das descobertas mais importantes da CPI foi articulação dos segmentos envolvidos e/ou interessados na temática da exploração sexual, provocando a conscientização e mobilização de importantes setores da sociedade civil, do executivo, legislativo e judiciário, da mídia e de organismos internacionais. Essa intensa mobilização resultou numa maior visibilidade do fenômeno, na definição de estratégias, na implantação de programas e na realização de pesquisas, campanhas, criação de bancos de dados, programas de atendimento, formação e capacitação de profissionais especializados na área de proteção a criança e adolescente (FALEIROS, E.; CAMPOS, 2000).

Em nível mundial, destacamos o 1º Congresso Mundial contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes- ESCC-, realizados em 1996, na cidade de Estocolmo, na capital da Suécia. Este Congresso é um marco no combate a ESCC no mundo, teve como preocupação central construir um referencial que estrategicamente

---

<sup>28</sup> Como exemplo, destacamos alguns destes: Plano Nacional para Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil, Plano de Erradicação do Trabalho Infantil; Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.

colocasse o fenômeno numa dimensão dialética, o qual deverá ser analisado do ponto de vista histórico, cultural, econômico, social e jurídico (LEAL, 1999). Foi a partir das discussões levantadas nesse evento que se convencionou a mudança do termo “prostituição” para exploração sexual comercial, além disso, essa forma de exploração passa a integrar a agenda pública no âmbito internacional e nacional. Deste evento, reiteraram-se compromissos e uma agenda mundial para o enfrentamento do problema, entre eles ressaltam-se: cooperação entre os estados e setores da sociedade com vistas a impedir a entrada de crianças no mercado do sexo; responsabilização dos exploradores sexuais em seu país de origem ou no exterior; revisão e promoção de leis e programas para coibir a exploração. O apelo ao setor de turismo realizado no Congresso de Estocolmo resultou em 1998, no Código de Conduta para a Proteção de Crianças e Adolescentes contra a Exploração e Turismo Sexual, documento este incorporado pelo Código Ético Mundial para o Turismo<sup>29</sup>.

Outro destaque no enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescente foi o 2º Congresso Mundial sobre a Exploração Sexual Comercial de crianças e adolescentes, realizado na cidade de Yokohama-Japão, em dezembro de 2001. O principal objetivo deste evento foi o compromisso político para a implementação da Agenda para Ação adotada no 1º Congresso de Estocolmo-Suécia, dentre outros compromissos firmados, nesse evento, destacam-se analisar o progresso obtido na implementação da Agenda para Ação; compartilhar experiências; identificar as áreas mais problemáticas e falhas no enfrentamento; fortalecer o processo de acompanhamento pós-Congresso Yokohama, incluindo o enfrentamento às novas formas de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e a efetivação de novas parcerias (ANDI, 2003).

Como resultado desses Congressos Internacionais, o Brasil realizou em 2000 um encontro com ONGs, órgãos governamentais e representantes da cooperação internacional com o objetivo de elaborar o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Este instrumento promulgado em 2000, contou na sua elaboração com a participação de 130 instituições governamentais e não-governamentais num amplo arco de alianças (Brasil, 2000). O Plano Nacional de Enfrentamento da

---

<sup>29</sup> Estas informações foram obtidas no livro Grito dos Inocentes (2003). O livro publicado pela Agência de Notícia dos Direitos da Infância -ANDI- traz uma importante contribuição aos meios de comunicação ao propiciar a discussão do tema da violência sexual contra crianças e adolescentes. A ANDI, desde 1992, passou a desenvolver um conjunto de estratégias direcionadas à expansão da presença de temáticas associadas à infância e à adolescência na pauta dos meios de comunicação brasileiros.

Violência Infanto-Juvenil estrutura-se a partir de seis eixos estratégicos, aqui destacamos: 1) análise da situação (conhecer o fenômeno da violência sexual em todo país); 2) mobilização e articulação (fortalecer as articulações existentes da sociedade civil e governos para o combate à violência sexual; 3) defesa e responsabilização (atualização da legislação sobre crimes sexuais; expansão da rede jurídico-policial); 4) atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas (efetuar e garantir atendimento especializado, e em rede as crianças e aos adolescentes e suas famílias); 5) prevenção (assegurar ações preventivas contra a violência sexual); 6) protagonismo juvenil (promover a participação ativa de crianças e adolescentes pra a defesa de seus direitos).

Foi instituído a partir do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil o Fórum Nacional - a fim de monitorar e avaliar as ações desenvolvidas, o Conselho Nacional dos Direitos da Infância e Adolescência e os Conselhos Municipais e Estaduais de Direitos- que são as instâncias centrais de deliberação, controle e acompanhamento, o Comitê Nacional de Enfretamento a Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, estes com a finalidade de acompanhar e avaliar ações de enfrentamento e sua materialidade nas propostas do PNEVS.

Visando atender as metas propostas do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, foi criado em 2002, o Programa de Enfretamento ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes - Sentinela <sup>30</sup>, coordenado no âmbito da política de assistência social, responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência sexual e suas famílias. Posteriormente, em 2006, foi transformado em Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), integrante do Sistema Único de Assistência Social<sup>31</sup> (SUAS), que “constitui-se numa unidade pública estatal, responsável pela oferta de atenções especializadas de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias com um ou mais de seus

---

<sup>30</sup> O programa em seus objetivos destaca a construção de redes de atenção para garantir os direitos fundamentais das crianças e adolescentes, fortalecendo sua auto-estima e o restabelecimento do direito a convivência familiar e comunitária em condições dignas de vida; possibilitam condições as crianças e aos adolescentes em situação de violência e suas famílias ao acesso às políticas sociais (serviços de assistência social, saúde, educação, justiça e segurança, esporte, lazer e cultura) (Brasil,2002).

<sup>31</sup> O Sistema Único de Assistência Social- SUAS- instituído pela Política Nacional de Assistência Social em 2004 e regulamentado pela Norma Operacional Básica (NOB/SUAS) de 2005, constitui-se em um modelo de gestão descentralizado e participativo que visa promover e ampliar o acesso e cobertura do atendimento às demandas e necessidades sociais de responsabilidade da assistência social, organizando os serviços em suas unidades públicas de proteção social básica e especial: os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) (BRASIL,2006). A proteção socioassistencial prestada pelos serviços dessas unidades ou por elas referenciada deve estar organizada nos territórios mais vulneráveis, onde estão localizadas as situações de exclusão social e violação de direitos, assegurando desta forma, a proteção da assistência social àqueles que dela necessitam.

membros em situação de ameaça ou violação de direitos”. As ações são desenvolvidas visando o atendimento multiprofissional especializado, o apoio psicossocial e jurídico, abrigamento por 24 horas (quando necessário) e a oferta de retaguarda ao sistema de garantia de direitos (BRASIL, 2006). No levantamento realizado pelo Programa Sentinela a nível nacional, no ano de 2002 foram atendidas 27.747 crianças e adolescentes. Desse total, 14.011 meninos e meninas (50.4%) tinham sido vitimizados sexualmente, dentre os quais 71,03 são casos de abuso sexual e 28,7% de casos de exploração sexual (ANDI, 2003). O Programa Sentinela que passou a ser Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, em 2006 já estava presente em 1.104 municípios brasileiros, abrangendo todos os estados da federação. (BRASIL, 2006)

Como estratégia de aprimoramento da política de enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil é criado o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro - PAIR<sup>32</sup>, este tem como marco legal o Art.86 do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (1990) e como referência metodológica o Plano Nacional de Enfrentamento a Violência Sexual Infanto-Juvenil. O PAIR tem como objetivo a construção de uma agenda comum de trabalho, entre os Governos, Sociedade Civil e Organismos Internacionais, que possam fomentar a criação e/ou o fortalecimento das redes locais por meio de ações integradas de mobilização, diagnóstico e capacitação, possibilitando a articulação e a integração dos serviços e programas, associada à participação social. Carrega em si um forte componente de articulação social e política, uma vez que toda a construção do Programa, seja na esfera federal, estadual ou municipal, é pautada pela participação da sociedade civil articulada com as instituições governamentais. Sua gestão se dá a partir de uma estrutura organizacional que privilegia a formação de grupos com suas especificidades, a saber: a) Comitê Gestor- este é responsável pela coordenação política; b) Grupo Técnico- encarregado do acompanhamento e execução técnica do programa, e c) Grupo de Suporte Técnico-responsável pela assessoria técnica especializada realizada diretamente nos municípios (BRASIL, 2006).

Ademais, o PAIR é lançado como uma metodologia de implementação de ações que visa tornar operativo o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil nos municípios, principalmente, naqueles onde o fenômeno é mais

---

<sup>32</sup> O PAIR foi instituído em 2003 pelos seguintes organismos: Secretaria de Estado de Assistência Social, Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e Partners of the Americas.

expressivo. Sua metodologia compreende cinco momentos interligados: 1) mobilização e articulação da rede; 2) realização do diagnóstico da situação da violência sexual; 3) construção do Plano Operativo Local; 4) capacitação da rede; 5) assessoria técnica.

Com as iniciativas de investigação sobre formas de violência praticadas contra crianças e adolescentes foi realizada em alguns estados e municípios do país, estrategicamente selecionados, a Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil –PESTRAF- no período de 2001 a 2002, pelo Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes - CECRIA. Nesse estudo foram mapeados 932 municípios e localidades brasileiras onde ocorria a exploração sexual comercial infanto-juvenil. Desse total, 298 (31,8%) está na região Nordeste; 241 (25,7%) na região Sudeste; 162 (17,3%) na região Sul; 127 (13,6%) na região Centro Oeste e 109 (11,6%) na região Norte. Como se pode observar, a região Nordeste encabeça a lista, seguida da região Sudeste, Sul, Centro-oeste e Norte. A partir do resultado desta pesquisa foi desenvolvido o projeto-piloto, monitorado e registrado tecnicamente, que fora inicialmente desenvolvido nos municípios de Pacaraima-RR, Rio Branco-AC, Manaus-AM, Feira de Santana-BA, Campina Grande-PB e Corumbá-MS, tais municípios foram escolhidos por estarem em fronteiras estratégicas e por serem entroncamentos rodoviários nacionais importantes. Posteriormente estados como Minas Gerais, Bahia, Ceará, Maranhão, Rio Grande do Norte e Pernambuco foram contemplados com a implantação. Para tanto, atualmente o PAIR está presente (implantado ou em fase de implantação) em 45 municípios e 11 estados do território brasileiro (BRASIL, 2006).

### **CAPÍTULO III: A POLÍTICA DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL NO BRASIL**

A violência tem sido reconhecida no contexto brasileiro, cada vez mais, como grave problema de saúde pública. Sua inclusão na agenda da saúde fundamenta-se no fato de que as mortes e traumas ocorridos por causas violentas atingem índices que chamam a atenção de governos, pesquisadores e sociedade, demandando dos serviços de saúde respostas práticas.

Para tanto, pretendemos discutir neste capítulo o destaque que a saúde está alcançando nas agendas de trabalho e programas com suas propostas de articulações com outros setores governamentais com a sociedade em geral, seu fortalecimento e compromisso no enfrentamento a violência, compreendendo também a identificação e o tratamento diferenciado nas situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

#### **3.1. Considerações acerca da saúde pública no Brasil**

O direito à saúde, atualmente, faz parte dos direitos humanos, mas nem sempre foi assim considerado. No Brasil, este reconhecimento foi construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e iniquidades das relações sociais.

Segundo Luz (2003) até o Primeiro Reinado, o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem o governo colonizador manifestou qualquer interesse nesse sentido. Somente com a vinda da família real ao Brasil foi organizada uma estrutura sanitária mínima, para dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. De modo que até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais e ao controle de navios e portos, tendência que perdurou por um século.

No século XIX, observa-se uma resistência na assistência médica a crianças no nível global. O primeiro hospital infantil do mundo foi inaugurado na Áustria em 1822. No Brasil, a primeira clínica infantil foi instalada em 1881, no Rio de Janeiro, bem como

o curso pioneiro de Pediatria em 1882, ambos por iniciativa do médico Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (LUZ, 2003).

No período da República Velha os cuidados assistenciais à criança no Brasil, foi marcado por omissão das autoridades públicas, sendo estas atendidas pela iniciativa particular, com características filantrópicas e assistenciais. Assim, o descaso à assistência infantil perdura até o final da República, ademais o contexto político estava voltado à formação do Estado capitalista, quando se assegurou no plano político as condições formais de representação burguesa clássica, controlado pelos grandes proprietários rurais (coronelismo) que exerciam, com mão de ferro, o poder e representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários.

Sendo assim, devido à ausência do poder público, em grande parte do território nacional e da inexistência de uma política de saúde para impedir a ação das doenças, as epidemias avolumavam-se e quando elas começaram a ameaçar os interesses comerciais, medidas de saúde foram tomadas. Com isso, no início do século XX, diversas doenças graves acometeram a população brasileira, principalmente na cidade do Rio de Janeiro, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste, trazendo sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores econômicos, como o comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função das condições sanitárias da cidade (MACHADO, 2006). Diante desse contexto endêmico caótico, o modelo de assistência à saúde instaurado neste período ficou conhecido como “sanitarista campanhista”, ou seja, este modelo caracterizou-se por ser unitário, centralizado, vertical, com enfoque no poder político, considerando-se a autoridade médica como a autoridade da competência (LUZ, 2003).

O modelo de atenção à saúde foi considerado autoritário, pela falta de esclarecimento à população sobre a necessidade de vacinas e combate aos insetos transmissores, com isso motivando insatisfação na população e revolta popular. Todavia, não se pode negar que esse modelo obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive, erradicar a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde pública durante décadas.

Nas décadas de 1930 e 1940, as mudanças nas políticas sociais foram importantes para a área de saúde<sup>33</sup>. Com a instituição da Previdência Social como função do Estado a implantação de Ministérios e legislações ligados à política social e à saúde, bem como a criação de serviços hospitalares municipais nos grandes centros urbanos, foi importante para beneficiar trabalhadores desempregados ou indigentes (pessoas sem recursos para tratamento de saúde). Entretanto, este aparelho de segurança social estatal, baseava-se no clientelismo, privilegiando assim, categorias específicas de trabalhadores, tendo, portanto, um caráter corporativo (LUZ, 2003).

Nesse contexto, a assistência à infância e adolescência é marcada pela pressão dos movimentos sociais, de estudiosos e profissionais de saúde preocupados com a situação dos maus-tratos na infância, por meio de vários estudos embasaram as propostas que antecederam os documentos oficiais dos órgãos nacionais e internacionais. Na gestão das ações assistenciais governamentais<sup>34</sup>, predominava uma perspectiva voltada ao campo médico higienista e programas de vacinações, pesquisas médicas, campanhas contra a desnutrição, auxílios técnico a hospitais, maternidades e instituições médicos-assistenciais ligadas à infância. Essas ações tinham a direção do modelo campanhista, ignorando fatores socioeconômicos como determinantes no surgimento de doenças, sobretudo, da alta mortalidade infantil nos grandes centros urbanos. Convém ressaltar que nesse período, segundo Ferrari (2002, p. 50) nos Estados Unidos, o número de crianças que chegavam aos serviços pediátricos com lesões era alarmante. A autora destaca o engajamento do médico pediatra Kempe e seus colaboradores, na organização de um Simpósio sobre Abuso Infantil, neste foi apresentada a “síndrome da criança espancada” e com isso, passaram a reconhecer e diagnosticar as violências contra crianças e adolescentes em grande parte dos países.

Mais adiante, no período da ditadura militar houve a Promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo competências para o Ministério da Saúde, dentre elas, a formulação e coordenação da política nacional de saúde. Com a instituição do Ministério da Saúde, foram criados órgãos de controle de endemias, como exemplo a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública- SUCAM, com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias. Ainda neste período,

---

<sup>33</sup> BRAVO et al. (2004), a política de saúde teve como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitaristas (p.27-28).

<sup>34</sup> Mudança da Inspeção de Higiene Infantil, para Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, que, em 1937, foi promovida a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância e, em 1940, para Departamento Nacional da Criança vinculado ao Ministério da Educação e da Saúde Pública (CARNEIRO, 2000).

segundo Carneiro (2000, p. 294), a assistência a infância sofreu um certo desprestígio, mediante o enfraquecimento gradativo do Departamento Nacional da Criança que em 1966 foi rebaixado para Coordenação de Proteção Materno-Infantil e, em seguida, para Divisão Nacional de Proteção Materno-Infantil..

Com a instituição do Ministério da Saúde ocorreu também a ampliação dos hospitais públicos brasileiros, com uma visão de saúde hospitalocêntrica, baseada no modelo de saúde americano, de modo a fortalecer a indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares. Inevitavelmente ocorreu a transição do sanitarismo campanhista, que já não atendia às necessidades de uma economia industrializada, para o modelo médico assistencial-privatista.

Para sistematizar as ações no campo da área de saúde, foi instituído na década de 1970, o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. Entretanto, o Governo Federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, era mais cara e, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o Instituto Nacional de Previdência Social- INPS. Desse modo, o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde (BRAVO et al., 2004).

A época que correspondeu ao início do período dos vinte anos de ditadura militar foi marcada pela centralização e concentração do poder institucional e a exclusão da participação da sociedade civil nas decisões e controle sobre qualquer política pública, bem como pelo repasse do dinheiro público para o setor privado de indústria médico-hospitalar, pois sabemos que, ao impedir a revolução nacional e democrática, a ditadura, possibilitou e abriu o caminho para a eclosão do capitalismo monopolista (Fernandes, 1986 apud Bravo et al., 2004, p.27).

O regime militar chega ao fim e com o advento da Nova República lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no País. O modelo de descentralização foi resgatado,

no início da década de 1980, devido à crise das políticas sociais do Estado autoritário, “a política de saúde, neste período, enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário” (idem, 2004, p.27). Este projeto foi o pano de fundo da Reforma Sanitária<sup>35</sup> que somava-se às bandeiras e iniciativas pela democratização do país. Esse movimento social visava um paradigma e uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões no seu modelo de concepção e gerenciamento. Nesta concepção, a questão da saúde, deixa de ser “ausência de doença”, para se transformar em garantia de vida, rompendo com um modelo que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças e, sobretudo o papel do Estado na prestação desse serviço.

Como expressão dessa nova realidade destaca-se a convocação em 1986 da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da saúde em toda sua história” (idem, 2004).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília - DF, com a presença de mais de 4 mil pessoas, foram lançados os princípios da Reforma Sanitária, onde foi evidenciado as modificações no setor da saúde que transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. A propósito, havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Entretanto para Teixeira (1989 apud BRAVO, 2004) os ideais defendidos pela Reforma Sanitária versavam em torno da democratização do acesso, da universalidade das ações e da descentralização com controle social. Assim o autor complementa:

A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A vitória das proposições da Reforma Sanitária deveu-se à eficácia da Plenária, por sua capacidade técnica, à pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades (TEIXEIRA, 1989 apud BRAVO, 2004, p.33).

---

<sup>35</sup> O projeto da reforma sanitária possui ligação com o movimento sanitário, que tem origem na década de 70. Entretanto é só na década seguinte que emerge com a sua força propositiva. Sobre a trajetória desse movimento no país, ver entre outros: Fleury, S.(org). Reforma Sanitária - em busca de uma teoria. São Paulo/ Rio de Janeiro. Cortez/Abrasco,1989; Carvalho, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/ Ibaim, 1995.

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde<sup>36</sup> apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

O Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8080/1990) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Por sua vez, os princípios supracitados inserem-se num processo mais abrangente de democratização societária e estatal, que tem fundamentado práticas políticas de amplos e significativos segmentos da sociedade brasileira desde meados da década de 1970, até a atualidade, causando mudança e impacto no conjunto dessas políticas frente hegemonia do projeto neoliberal e às ofensivas que, paulatinamente e cotidianamente, ocorrem para impedir a manutenção e sobrevivência do Sistema Único de Saúde no Brasil.

### **3.2. O enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescente na agenda da saúde pública**

No Brasil, desde a década de 1970 a violência é considerada uma das principais causas de morbimortalidade. Segundo o Ministério da Saúde, as violências e os acidentes, juntos, representam a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira (BRASIL, 2001). Com isso, o tema da violência se incorporou, pouco a pouco, na agenda dos debates da saúde pública na década de 1980<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Vale ressaltar que nos anos 80, os pediatras sensibilizados em tratar síndromes de crianças maltratadas inseriram-se nos movimentos sociais junto com outros profissionais das mais diversas áreas e militantes de ONGs visando o reconhecimento dos direitos desse grupo social, redundando na criação do ECA-1990.

<sup>37</sup> Destacamos como relevante que durante a década de 80, a sociedade brasileira busca dar resposta a essa questão da violência, sobretudo a praticada contra crianças e adolescentes. Com o pioneirismo, as atividades da fundação do Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami), em Campinas-SP, em 1985, e da Associação

O discurso sobre a violência e saúde se consolida posteriormente na década de 1990, a partir da preocupação do Ministério da Saúde com o aumento de registros de atendimento aos acidentes, com isso criou-se o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas, que tinha como objetivos principais: a redução da incidência e da morbimortalidade por agravos externos, os chamados “acidentes” ou “traumas”. Posteriormente, em 1993, a então Coordenação de Emergência e Trauma, realiza um Seminário Internacional de Atendimento Pré-Hospitalar às Urgências e Emergências, onde os principais especialistas da área apresentaram experiências e modelos internacionais existentes, considerando ainda o contexto da assistência ao acidente como a grande preocupação do setor saúde (SOUZA, 2007).

Um marco importante de reconhecimento do fenômeno da violência foi a Conferência de Washington realizada em 1993, pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde – OPAS/OMS. Segundo Souza (2007) o eixo central da discussão era definir a violência na sua especificidade histórica e mapeá-la para que fosse tratada com as distinções próprias do setor, e nos aspectos da intersectorialidade, a autora afirma que este documento não deixa dúvidas quanto ao compromisso dos órgãos internacionais de incluir a violência como um problema de saúde pública. Para tanto a Organização Pan-Americana da Saúde consolida esse compromisso ao reconhecer que:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde se convergem todos os colorários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1993, p.3).

A consideração do tema violência como problema de saúde pública pelos órgãos oficiais no Brasil, principalmente pelo Ministério da Saúde, ocorreu de forma progressiva. Em 1999, é marcado por reunir os mais importantes segmentos da sociedade,

---

Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia), no Rio de Janeiro-RJ, em 1988, que basicamente prestavam serviços às crianças e familiares em situação de violência, desde então, outros serviços somaram-se a essas iniciativas (SOUZA, 2007, p.42).

da área científica e dos serviços de saúde para a sua construção de uma política nacional voltada à redução da mortalidade e da morbidade por acidentes e violências<sup>38</sup>, e que tem em sua implantação e implementação a multidisciplinaridade e a intersetorialidade como estratégias para apoiar o enfrentamento à violência.

Minayo (2006, p.60-61) ressalta que essa mobilização contou com o apoio da Secretaria de Assistência à Saúde e a postura política da Fundação Oswaldo Cruz, da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Frente Parlamentar da Saúde. A proposta da Política Nacional vai à plenária do Conselho Nacional de Saúde e depois de vários, longos e difíceis caminhos e descaminhos que a gestão política percorre em maio de 2001 por meio da publicação da Portaria nº 737/GM/MS, foi promulgada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde reconhece a violência como um dos principais problemas de saúde pública e de cidadania no Brasil.

Os conceitos sobre a violência são bastante discutidos em diversas áreas de conhecimento e conforme disposto na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) é um “fenômeno representado por ações humanas, realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem”. Nesta direção o setor saúde busca compreender a complexidade da violência na “sua diversidade e na dificuldade de sistematização; toma para si a responsabilidade de atuar intersetorialmente na prevenção, na atenção e na reabilitação das pessoas em situação ou risco dos diversos tipos de acidentes e violências” (SOUZA, 2007, p.45). Com a instituição dessa Política foi possível abordar o tema e toda a sua transversalidade nos diferentes grupos vulneráveis, nos diversos setores da sociedade e a partir dos mais diferenciados eventos externos geradores de danos à saúde.

O Ministério da Saúde preocupado com a questão da assistência e prevenção relativa às causas externas criou em 1998, o Comitê Técnico Científico para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, um grupo específico direcionado para crianças e adolescentes e uma Câmara Técnica de Prevenção à Violência contra Mulheres, agregando as áreas envolvidas com a questão, apresentando o Protocolo para

---

<sup>38</sup> Esse documento trata em primeiro lugar o tema em pauta como um problema social e histórico e o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. É no mesmo sentido que define os conceitos de violência e os distingue de acidentes, uma vez que, esses dois termos vêm juntos na Classificação Internacional das Doenças (CID) sobre causas externas, mas incorpora essa categoria em sua abordagem (SOUZA, 2007, p.45).

Atendimento às Vítimas de Violência Sexual/Norma Técnica, utilizado na assistência de média e alta complexidade, utilizado como orientador na prática em serviços (SOUZA, 2007, p.48-49).

Particularmente a violência contra crianças e adolescentes é de muita incidência no nosso país. Conforme pesquisa realizada pelo Laboratório de Estudos da Criança (LACRI), da Universidade de São Paulo-USP, intitulada “A ponta do iceberg” realizada no período de 1996 a 2007<sup>39</sup>, foram notificados 159.754 casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. A maioria, diz respeito à negligência com 65.669 casos, quanto a violência física, esta aparece em segundo lugar com 49.481 casos, seguida da violência psicológica com 25.590 e a violência sexual é apresentada com 17.482 casos. A pesquisa contabilizou ainda 532 óbitos de crianças e adolescentes, que segundo estimativas, apenas 10% dos casos de violência são notificados, ou seja, os números elencados representariam um décimo das efetivas ocorrências.

A Legislação brasileira tem apresentado avanços significativos, no enfrentamento da violência contra criança e adolescente, para tanto, o Ministério da Saúde tem contribuído com a sociedade neste aspecto. O exemplo disso está na publicação da Portaria MS/GM N°1968/2001 que dispõe sobre a notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas unidades de saúde do SUS. Esse procedimento garante a proteção tanto do público infanto-juvenil, quanto da equipe que presta atendimento nas situações de violência.

Particularmente em relação à violência sexual, o Ministério da Saúde, com base na realidade nacional e experiência internacional, vem realizando uma série de publicações com o propósito de apoiar as atividades dos profissionais de saúde no que diz respeito às definições, normas e protocolos de condutas. Inicialmente as bases legais foram estabelecidas pela Lei Federal n° 10.778/2003, que tornou a notificação compulsória em todo o território nacional os casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. Posteriormente, no mesmo ano, o decreto n° 5.099 que instituiu aos serviços de referência a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher estabeleceu primazia ao Ministério da Saúde à coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos referidos serviços no país. Isso foi fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de suas

---

<sup>39</sup> Pesquisa disponível em :< <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm>>. Acessado em: 18/10/10

consequências contribuindo para a implantação de políticas públicas no âmbito do país (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Cabe ressaltar que crianças e adolescentes em situação de violência sexual com suspeita ou confirmação, o Ministério da Saúde instituiu a Ficha de Notificação/Investigação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências Interpessoais (Portaria nº 2.406-2004), para tanto, esta deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, todavia este instrumento encontra-se em fase de implementação em alguns estados da Federação.

Sabe-se, portanto, que os dispositivos legais, por si só não são capazes de reverter à dura realidade que nos cerca. É necessário haver um comprometimento efetivo dos gestores das unidades de saúde, sobretudo, em capacitação dos profissionais que estão à frente do atendimento, assim, não só possibilitará conhecer os sintomas e os sinais indicativos da prática de violência em crianças e adolescentes, mas estes profissionais serão motivados a agir dentro dos parâmetros legais.

### **3.3. Violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado de Roraima**

A história de Roraima é recente e marcada por vários conflitos, inclusive por delimitações territoriais e exploração dos recursos minerais. Desde o século XVI que o Território Rio Branco que hoje é Roraima, foi disputado por espanhóis, portugueses, holandeses e ingleses. A ocupação efetiva dessas terras só começou no século XVIII com a construção do Forte de São Joaquim, no município de Boa Vista do Rio Branco. Seus povoados, no entanto, somente começaram a se instalar após o extermínio de grande número de indígenas. Segundo Freitas (2008) em 1904 houve grave disputa territorial com a Inglaterra, que tirou do Brasil a maior parte das terras da região do Pirara, pequeno afluente do rio Maú, incorporadas à Guiana Inglesa. A partir de 1943, foi criado o Território Federal do Rio Branco, cuja área foi desmembrada do Estado do Amazonas. Passou a chamar-se Território Federal de Roraima a partir de 13 de dezembro de 1962. Posteriormente, em 5 de outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição do País, o Território Federal do Rio Branco foi transformado em Estado da Federação.

Situado no extremo norte brasileiro, o Estado de Roraima faz limite ao norte e a oeste com a Venezuela e a leste com a Guiana, num total de 1.922 metros de fronteiras internacionais, limita-se ainda a sudeste com o Estado do Pará, a sul e a oeste com o Estado do Amazonas.

Ao norte de Roraima, na serra do Pacaraima, está situado o ponto extremo norte do país, na nascente do rio Ailã, no monte Caburáí. E o ponto culminante do estado, o Monte Roraima, este é também o marco fronteiro com a Guiana e a Venezuela. Cortado ao sul pela linha do Equador, o estado possui temperatura elevada o ano inteiro. No período do verão, às margens do rio Branco, o principal do estado forma-se praias de águas límpidas.

A divisão do Estado de Roraima em regiões administrativas deu-se em 1988 em seu primeiro governo estadual, buscando gerenciar a distância e as dificuldades da região. A grande concentração populacional<sup>40</sup> é na capital Boa Vista, com mais de 50% da população do estado.

O crescimento populacional mostra um significativo crescimento nas décadas de 80 e 90, com a abertura do garimpo de ouro na região Surucucu, com a construção de rodovias e usina hidrelétrica (Jatapú). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2003) revelam que o Estado superou os 324.587 mil habitantes no ano 2000 e teve um expressivo grau de urbanização, chegando aos 89,0% naquele ano, todavia apresenta uma das menores taxas demográficas do país. Desde o período em que deixou de ser Território e passou a ser Estado, Roraima na década de 1990, apresentou taxas geométricas anuais de crescimento populacional três vezes mais elevadas do que a média nacional, sobretudo na distribuição da população por faixa etária no Estado, apontando uma tendência de envelhecimento da população, com um aumento relativo da faixa entre os 15 e 59 anos e uma diminuição expressiva na população entre 0 a 14 anos.

Importantes mudanças administrativas ocorridas no Estado no período de 1980 a 1990, no que se refere à distribuição dos municípios segundo faixas populacionais nos trás a seguinte observação: crescimento do número de municípios através dos desdobramentos territoriais (seis novos municípios a mais no ano 1982); aumento do número de municípios com menos de 5 mil habitantes (surgimento de sete municípios

---

<sup>40</sup>Portal do Governo do Estado de Roraima. História de Roraima. Disponível em: <[http://www.portalroraima.rr.gov.br/index.php?id=88&itemid=1&option=com\\_content&task=view](http://www.portalroraima.rr.gov.br/index.php?id=88&itemid=1&option=com_content&task=view)> Acesso em : 20/11/2010.

com população entre 10 e 20 mil habitantes) e ausência de municípios com mais de 500 mil habitantes, ou seja, a concentração da população brasileira nos centros mais urbanizados dos Estados é evidente e isso também ocorreu em Roraima na década 1990. Boa Vista, a capital do Estado, concentrava mais de 78% da população estadual, já no ano de 2000, esse percentual diminuiu para aproximadamente 59%, colocando mais dois municípios com índices de população aumentada, sendo eles Rorainópolis e Alto Alegre (IBGE, 2003).

Roraima é o estado brasileiro que tem o maior contingente populacional indígena do país. Abriga grande diversidade de culturas indígenas com uma população estimada em 36.135 habitantes, que corresponde aproximadamente 10% da população. Uma das principais comunidades indígenas é a Macuxi que vive nas serras e lavrados, outras ocupam áreas ecológicas variadas. Os Tauperang, vivem na fronteira do Brasil com a Venezuela; os Ingarikó ocupam as áreas próximas a Serra do Sol e são considerados índios bravos; os Wapixana, vivem na região de lavrado que atinge os municípios de Amajari, Normandia, Bonfim e Pacaraima; os Maiongons e Wai-Wai, vivem na região central do Estado, destacamos ainda os Waimiri/Atroari, que habitam a zona de fronteira entre Roraima e o Amazonas.

A bacia hidrográfica de Roraima é constituída de muitos rios que se destacam pela sua importância econômica. Dentre o principal, podemos citar o Rio Branco, que em seu principal curso de água, deságua no Rio Negro. Os rios constituem-se em importantes vias para o movimento de cargas e pessoas, particularmente na interligação do Estado com outras regiões da Amazônia, com o Brasil e com o exterior, estando na base de sustentação do sistema de transporte do Estado. Internamente, Roraima apresenta uma vasta rede de rios e igarapés que permitem a interligação dos diversos lugarejos e comunidades rurais, através de embarcações de pequeno porte.

As atividades econômicas baseiam-se no extrativismo vegetal e mineral, este último realizado predominantemente de forma clandestina, sua exploração encontra-se proibida, todavia atrai os garimpeiros pelo potencial mineral que é bastante diversificado onde os principais são: os minerais radioativos, ouro, diamante, ferro, bauxita, turfa, zinco, molibdênio e nióbio-tântalo, barita, cassiteria, cobre e outros. As atividades econômicas agro-silvo-pastoris, agro-industriais, mobiliária, pesca, promoção de ecoturismo e outras, no setor terciário se destacam as que compõem as atividades produtivas do Estado.

A comunicação enfrenta sérias dificuldades para abranger todos os municípios, principalmente os do interior e, assim, integrá-los culturalmente. As dificuldades de acesso e a situação climática prejudicam a manutenção de equipamentos, a distribuição de revistas e jornais periódicos e o trânsito de profissionais. Parte desse isolamento nas redes de comunicação são superadas pela navegação pelo Rio Branco que faz a interligação do Estado com o território nacional através da via fluvial.

Os trabalhos formal e informal no estado de Roraima apresentam expressivo aumento na década de 90. A população ocupada sugere uma forte precariedade das relações de trabalho e do vínculo empregatício, mostrando um grande número de trabalhadores domésticos, autônomos e não remunerados. A maioria dos empregados formais do estado é de funcionários públicos, militares ou empregados no comércio. Em 1999, apenas cerca de 38,8% da população estava empregada. Essa realidade muda, e segundo o IBGE, em 2000 a população economicamente ativa, chega a 58,38% do total, embora apresente uma taxa de 7% de desempregados. Os concursos públicos são atraentes, mas ainda com poucas vagas e exigindo especializações, a população local ainda é jovem e não tem formação suficiente para concorrer a todos os cargos oferecidos pelo governo local, atraindo profissionais de outras regiões, inclusive do Nordeste <sup>41</sup>.

Os indicadores sociais para o estado apresentam índices próximos ou mesmo superiores aos brasileiros. Roraima possui a maior renda média mensal familiar per capita da Região Norte. Esses indicadores não mostram a heterogeneidade interna e as diferenças regionais significativas.

A cobertura dos serviços de infra-estrutura urbana mostra que o esgotamento sanitário no estado é extremamente baixo, praticamente inexistente. A proporção de fossas sépticas é maior que a verificada no país cuja cobertura atinge praticamente 90% dos domicílios urbanos do estado; a coleta de lixo atinge aproximadamente 97% da população, índice superior a média nacional, e a rede de água mostra-se elevada, com índice superior à média nacional. É importante destacar que a deficiência do estado, particularmente no que tange à inexistência de rede de esgoto, acaba tendo implicações em seu perfil epidemiológico, caracterizado por prevalência ainda significativa de doenças infecciosas e parasitárias, que acometem principalmente crianças e idosos, acaba trazendo implicações para a saúde pública.

---

<sup>41</sup> Secretaria de Estado de planejamento e Desenvolvimento: Roraima em Números. Disponível em: < <http://www.seplan.rr.gov.br/roraimaemnumeros/> > Acesso em: 20/11/2009.

A expectativa de vida ao nascer no Brasil chega à década de 1990 aos 67,6 anos e no Estado de Roraima é de 67,58. Foi observado no país um aumento desse índice, fenômeno provocado pela redução dos níveis de mortalidade, em particular dos menores de 1 ano, e pela diminuição da taxa de fecundidade. Uma expressiva redução dos percentuais de óbitos registrados como causas mal definidas durante a década passada, aponta para uma possível melhoria da qualidade da informação sobre mortalidade naquela unidade da federação.

O processo de construção e consolidação do SUS em Roraima iniciou-se no início da década de 1990 a partir dos termos da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8089/90, é criada a Secretaria de Saúde<sup>42</sup>, com a finalidade de desenvolver a Política de Saúde no Estado e executar as ações de assistência médica, vigilância sanitária e epidemiológica. Orientada por um novo modelo de assistência à saúde, buscou a integração dos vários agentes institucionais com o objetivo de mudar a organização dos serviços de saúde no Estado, tendo em vista o modelo de atenção que priorizava a atenção primária em especial a prevenção, em detrimento aos serviços puramente curativos, invertendo o modelo “hospitalocêntrico” vigente. Com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS (01/2002) fortalece este processo de mudanças e de implementação do SUS em Roraima como em todo o país, a partir de três grandes estratégias:

1. Regionalização da Assistência à saúde, com a elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR, o qual prevê uma organização hierárquica e regionalizada das ações e serviços de saúde e uma ampliação da Atenção Básica, acrescentando procedimentos e ações aos sete eixos deste nível de atenção.
2. Fortalecimento da capacidade de gestão no SUS, aumentando as responsabilidades dos gestores municipais, na implantação e melhoria dos serviços através da Programação Pactuada e Integrada - PPI e do Pacto da Atenção Básica- PAB.
3. A revisão dos critérios de habilitação dos municípios, as quais induzem a reestruturação e readequação das ações e serviços deste nível de atenção, já que não mais se admite um processo de caráter cartorial.

---

<sup>42</sup> Órgão da Administração Direta do Governo do Estado de Roraima, criada através da Lei N°001 de 26 de janeiro de 1991.

A reorganização da Atenção Básica no Estado de Roraima, iniciada no ano 2000, usou como estratégia a definição do elenco de responsabilidades dos municípios enquanto gestores do SUS local, ampliando as responsabilidades dos municípios e estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de descentralização dos serviços de saúde. Desse modo, buscava maior equidade e a possibilidade de redução da morbimortalidade por agravos à saúde de sua população.

Nos anos 2000 e 2001, a Secretaria de Estado da Saúde cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Assim, cuidadosamente, procede a atualização dos critérios de habilitação de seus municípios, não permitindo a aceleração do processo em detrimento de qualidade dos serviços que passariam a ser de responsabilidade dos municípios. Acreditava-se que este seria um instrumento orientador para a reorganização de um novo modelo de atenção à saúde que reduziria as desigualdades existentes no Estado.

Diante da realidade de concentração populacional na capital do Estado, os serviços de saúde estão todos situados em Boa Vista o que gera uma grande procura por atendimento quando os serviços não têm condições de garantir o acesso para todos. Portanto, a descentralização desses serviços, bem como dos profissionais de saúde para a região um desafio presente no Estado.

A Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde têm dificuldades na seleção de recursos humanos para o atendimento direto à população, são poucos os profissionais em atividade para a demanda de pacientes nos serviços. Os motivos mais colocados são a distância dos grandes centros urbanos, as formas e os custos para deslocamentos.

A rede de saúde do Estado conta com 15 unidades hospitalares no período 2003, para o conjunto dos 15 municípios de Roraima, apenas a capital foi identificada como Pólo de Aglomerado de Saúde e como sub-pólo os municípios de Alto Alegre e São Luiz do Anauá (NESUR-NEPO/UNICAMP/2002)<sup>43</sup>. A capacidade instalada nesses aglomerados de saúde mostra que do total de leitos 716 apresentados no Plano Estadual de Saúde-2003/2004, quase em sua totalidade está localizada no município-pólo de Boa Vista-RR.

---

<sup>43</sup> Aglomerados de Saúde: Roraima / UNICAMP, NESUR/NEPO. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

No que se refere ao contexto desta pesquisa, podemos observar que em alguns dados epidemiológicos a violência sexual não foi o principal problema de saúde pública durante um longo período. Gestores preocupados com o progresso necessário para um novo Estado da Federação, direcionaram as ações à outros setores, diferenciando o olhar para o problema da violência, que foi sendo deixado para outro momento.

A partir dos registros documentais e das falas dos entrevistados, a violência começa a ter maior expressão quando o território passa para a condição de Estado . A possibilidade de emprego e renda, e a necessidade dos habitantes de outras regiões do país de se estabelecerem economicamente, faz com que Roraima receba um grande fluxo de novos habitantes. Com isso, a qualidade dos serviços públicos governamentais na capital e nos municípios não atendem às necessidades da população, falta emprego, escola, serviços de saúde, habitação, entre outros.

Dados mais consistentes sobre as causas externas<sup>44</sup> começam a aparecer para a internação de pacientes em unidades hospitalares, os óbitos registrados ainda sem uma busca mais qualificada para as causas externas, apresentam-se baixos nas bases de dados nacionais, quando na realidade no Estado, a violência expressa um crescente fenômeno, relacionados às causas externas tais como: a violência interpessoal e os acidentes de trânsito.

Cabe ressaltar, que por ser um estado de fronteira com outros países, há registros na pesquisa realizada pela PRESTRAF (2003), de que o município de Pacaraima faz parte da rota internacional de tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial. Profissionais de saúde, da secretaria de assistência social e de segurança pública relatam a mobilização desses setores no Estado de Roraima no enfrentamento do tráfico de drogas, seres humanos e de armas de países vizinhos.

Os óbitos por acidentes de trânsito e pela violência somente começam a aparecer com maior clareza, quando em 1998, o Estado melhora sua estrutura para coleta de dados (implanta os sistemas de base nacional) e ainda trabalha com a busca ativa de dados nos municípios de difícil acesso. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido nacionalmente para melhoria de captação de dados sobre mortalidade de causas externas, foi o responsável pela melhoria da informação nesse período, isso se

---

<sup>44</sup> A título de exemplo, causas externas estão relacionadas a acidentes (acidente de carros, queda, queimadura, suicídio, etc) e violências (violência física, sexual, maus- tratos, psicológica e outras ).

deveu à introdução da Secretaria de Estado da Saúde - SESAU no Departamento de Informática do SUS-DATASUS, a partir de sua informatização.

Para as internações por causas externas, os fatores mais expressivos são as agressões, os acidentes de trânsito, com maior predominância para os acidentes com motos e os atropelamentos e a seguir outros acidentes, registrados nos anos de 1998 a 2002.

O estado de Roraima, com uma população pequena, relacionada a outros estados do país, apresenta uma evolução no quadro epidemiológico das causas externas que consideramos importante. Eventos como assassinatos, agressões interpessoais, intrafamiliar e violência sexual, estão em evidência nos meios de comunicação local. Isso demonstrando a visibilidade desta questão, ou seja, está havendo uma maior procura da população pelos serviços de segurança pública, a mídia local está mais atenta para esses fatos violentos e os serviços de saúde estão captando melhor o motivo do atendimento prestado nas urgências e emergências.

O governo local, por estar percebendo um aumento acelerado dos casos de violência e de acidentes de trânsito, inicia uma tentativa de prevenção articulada, promovendo campanhas em bairros de maior incidência de fatos, aumentando o policiamento em algumas regiões da capital e seus municípios de maior concentração populacional e buscando qualificar suas equipes para uma abordagem diferenciada às situações encontradas. Essa iniciativa pareceu, num primeiro momento, ter contribuído para um pequeno controle nas supostas causas de violência, porém não mudando a evolução das internações e dos óbitos por causas externas.

Para tanto o estado implantou em 2005 a Gerência Estadual das Doenças Não Transmissíveis (CEDANT), como o objetivo de buscar a mudança de percepção social sobre esses agravos à saúde e as suas complicações, de forma a remover certo sentimento de inevitabilidade que ainda as acompanha, demonstrando que os acidentes e violências podem ter seu perfil epidemiológico modificado por intervenções tanto no setor saúde, como pela articulação e mobilização de outras políticas públicas.

Cabe a Gerência Estadual das Doenças Não Transmissíveis (CEDANT), coordenar as ações dos núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências- NEPAV, de Prevenção e Vigilância do Câncer- NEPVC e ainda do Comitê Estadual de Investigação de Morte Materna-CEMM. Implantado em 2006, o Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências desenvolve ações de prevenção de acidentes e violências com a

implementação da notificação compulsória de acidentes e violências em unidades de saúde sentinela, conforme Lei nº. 10.778/2003. O NEPAV atualmente realiza a notificação desses agravos nas principais unidades de saúde de urgência/emergência da capital, a saber: Pronto Socorro Francisco Elesbão (Hospital Geral de Roraima), Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth e Policlínica Cosme e Silva, com o intuito de traçar o perfil epidemiológico da morbidade e com isso propor ações efetivas para redução desses agravos no estado.

Em Roraima, os dados epidemiológicos<sup>45</sup> evidenciam que as causas externas vêm ocupando o primeiro lugar entre os cinco principais grupos de causas de mortalidade durante os últimos dez anos (1997-2007). A análise de dados por acidentes é muito complexa pela grande diversidade de morbidades envolvidas e suas ocorrências. Dentre os acidentes de maior incidência no Estado destacam-se: os relacionados ao trânsito (acidentes de carros, motocicletas, bicicletas e atropelamentos) além dos agravos que compreendem queda, queimaduras entre outros. Foram notificadas no ano de 2008, pelas unidades sentinelas, 8.633 vítimas de causas externas, sendo que 3.691 acidentes de trânsito, 1.347 quedas, 108 queimaduras, 3.062 outros acidentes, 36 suicídios/tentativas, 364 agressões e 25 violências sexuais.

Obviamente esse sistema necessita de melhoria na elaboração de relatórios, de inserção de novos campos que possibilitem visualização completa da situação de qualquer usuário atendido nos serviços de saúde, principalmente aqueles que não necessitam de internação e/ou os que estão em situação de violência sexual. Infelizmente os dados considerados oficiais continuam incompletos e mostrando uma falsa realidade do cenário da violência sexual no Estado. As necessidades de melhoria na qualidade dos dados são reais, principalmente o apoio necessário ao seu desenvolvimento e implementação.

### **3.4. A estrutura do setor saúde do Estado de Roraima**

---

<sup>45</sup> Informações obtidas no Plano Estadual de Saúde 2010-2011. Secretaria Estadual de Saúde de Roraima- SESAU-RR.

Os acidentes e violências no Estado de Roraima começaram a se destacar nas bases de dados epidemiológicos de todo o país na década de 80, mas para o setor saúde, nos diferentes níveis de gestão, isso não era ainda uma grande preocupação. O tema da violência e seus índices não faziam parte da agenda do setor, muito embora, a elevação das ocorrências e as precárias condições estruturais para o atendimento tenham sido preocupação constante dos profissionais. Somente nos anos 90 quando as causas externas ocupam o primeiro lugar nos índices de mortalidade e passam a representar grande parte das internações hospitalares do Estado, é que seus gestores chamam a atenção do Ministério da Saúde requerendo apoio e uma intervenção técnica.

A Secretaria de Estado de Saúde cabe a gestão e a gerência dos estabelecimentos assistenciais de saúde de alta complexidade e das unidades de referência estadual para gestantes de alto risco, urgência e emergência. O Estado de Roraima possuía, em 2001, apenas uma Região de Saúde.

Em termos de descentralização da gestão da assistência à saúde no SUS dos 15 municípios que compõem o estado, 14 estão habilitados (87,5%), 13 encontram-se em condições de receber o Piso de Atenção Básica/PAB, que é o valor per capita destinado ao município calculado com base na sua população residente (81,2%) e apenas 01 em condição Plena do Sistema. Município habilitado em gestão da assistência no SUS significa que este é o responsável pela atenção básica de saúde de sua população e capaz de integrar a discussão um pólo de aglomerados de saúde para atenção integral à população.

A Secretaria de Estado de Saúde conta com 7 hospitais, concentrados no município de Boa Vista. Na rede assistencial do Estado, por tipo de unidade, mostra desde o ano de 2001 a existência de 236 serviços que se distribuem da seguinte forma: 27 centros de saúde/unidades básicas, 6 clínicas especializadas/ambulatório de especialidade, um consultório, 153 postos de saúde, 20 unidades de apoio diagnóstico, 6 unidades de saúde da família, 3 unidades de vigilância sanitária/epidemiológica, uma unidade móvel fluvial, duas unidades móveis terrestres, 3 hospitais especializados, 6 hospitais gerais, 2 prontos socorros especializados e 8 unidades mistas (Plano Estadual de Saúde-2003/2004).

A alta complexidade está constituída por uma unidade de oncologia, uma de gestação de alto risco e uma unidade de emergência. Esses serviços de referência na atenção de alta complexidade localizam-se na capital do Estado e são de responsabilidade

do Gestor Estadual, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta resolutividade tecnológica, alto custo, economia de escala e escassez de profissionais. A rede de atendimento de grupos especiais abrange uma unidade para portador de transtorno mental e uma para usuário de álcool e outras drogas. A principal natureza desses serviços é municipal (167 ou 70,8%), à iniciativa privada cabem 37 deles (15,7%) e o restante é de natureza estadual e federal.

Nem todos os município do Estado oferecem atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família, alguns municípios em 2002 ainda não possuíam estabelecimentos assistenciais de saúde que oferecessem assistência ao parto e ao recém-nascido. A ausência de serviços de saúde nos municípios e a baixa resolutividade nos atendimentos de assistência básica, geram uma demanda espontânea excessiva e desordenada, e migra para os serviços de saúde da capital. Esses, por sua vez, também não conseguem absorve-la, tornando-a reprimida. Embora a estrutura física dos serviços de saúde tenha sido ampliada, a rede de assistência ainda não é suficiente e conta com um quadro reduzido de profissionais de nível superior, em especial profissional médico.

Esses problemas resultam em óbitos que poderiam ser evitados e em seqüelas muitas vezes irreparáveis. Essa estrutura de saúde insuficiente é traduzida por Minayo (2006) como violência institucional. Essa autora chama ainda a atenção para o fato de que as instituições de saúde podem ao mesmo tempo sofrer e promover a violência, tanto pela falta de serviços, como na relação de descaso e negligência da relação profissional-paciente e ainda na ausência de garantia do direito à saúde por parte da população.

### **3.5. Panorama da violência contra crianças e adolescentes no município de Boa Vista- Roraima**

No Estado de Roraima o PAIR foi implantado em 2003, inicialmente no município de Pacaraima, pela constatação de rotas de tráfico internacional de seres humanos com fins comerciais sexuais. Com a pavimentação da BR 174 e 401, facilitou ainda mais o acesso a Roraima e aos municípios de fronteira, Bonfim e Pacaraima, somado ao despreparo de pessoal e à eliminação de contingente da Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal, e das instituições responsáveis pela fiscalização nas zonas fronteiriças, foram elementos que contribuíram pra o fortalecimento dessa Rede de

Exploração. A PESTRAF concluiu que a vulnerabilidade da fronteira Brasil e Venezuela aproximada pelos municípios de Pacaraima e Santa Helena de Uairen, respectivamente, possibilita o tráfico com destino à própria Venezuela, além da Holanda e da Espanha (AMORIM et al., 2008).

Segundo relatório de avaliação da Metodologia PAIR em Pacaraima (2008) foi constatado que as meninas e adolescentes recrutadas ao tráfico, são oriundas de outros estados, geralmente dos estados do Amazonas e Pará, tem na sua maioria como destino os garimpos venezuelanos, cujo transporte é feito por caminhoneiros (clientes e agentes). A falta de articulação das informações dificulta a fiscalização nos garimpos venezuelanos relatada pelas autoridades da Venezuela, a precariedade estrutural do Conselho Tutelar e a ausência de órgãos públicos de defesa e proteção das crianças e adolescentes no município corroboram para o aumento de tráfico e de consumo do mercado do sexo naquela localidade.

O Relatório ressalta ainda, que o PAIR contribuiu com a quebra do pacto de silêncio em torno do fenômeno da violência sexual em Pacaraima, sobretudo no que se refere mobilização e sensibilização da sociedade quanto a necessidade de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. Com a disseminação da metodologia do PAIR, através da Universidade Federal de Roraima, outros órgãos e instituições, além do CREAS e do Conselho Tutelar, possuem registros de ocorrências sobre os casos notificados, todavia, ainda há falhas na comunicação ocasionando uma certa disparidade entre o número e de casos. Com assinatura do Pacto Binacional Brasil-Venezuela reforçou a parceria entre Pacaraima e Santa Elena de Uairen no sentido de combaterem o tráfico e a exploração sexual de ambos os países.

O Tribunal de Contas da União realizou em 2004 avaliação do PAIR em Roraima, com isso, recomendou a expansão deste Programa aos municípios de Boa Vista (capital do estado), Caracarai e Bonfim. A parceria firmada com a Universidade Federal de Roraima, por meio do Fórum de Pró - Reitores, e a Coordenação Estadual do CREAS, fortaleceu e implantou serviços de atendimento as crianças e adolescentes em situação de violência sexual, nesses municípios. Foram capacitados atores da Rede de Garantia de Direitos, incluindo técnicos e gestores de políticas sociais com o apoio do Projeto Urixan Uri (Menina Moça, na língua Macuxi). Cabe destacar a atuação da Comissão de Enfrentamento ao Abuso, Exploração Sexual e Tráfico de Crianças e Adolescentes, que a

nível estadual fortaleceu e mobilizou instituições governamentais e não governamentais e sociedade civil, dando apoio a expansão da metodologia PAIR em Roraima.

Com a expansão das ações de enfrentamento a violência sexual, a implantação nacional do Disque Denúncia (Disque 100) teve uma importância significativa em Roraima, por meio desse canal, foi denunciado anonimamente várias situações de violência sexual contra crianças e adolescentes no estado, justificando a implantação do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (antigo Programa Sentinela) nos municípios de Rorainópolis e Mucajaí. Constata-se, portanto que em 2006, o CREAS estava implantado nos municípios de Boa Vista, Pacaraima, Rorainópolis, Mucajaí e Bonfim.

Nesse período foram realizados 3.747 atendimentos de crianças e adolescentes em situação de violência intra e extrafamiliar<sup>46</sup>. É marcante o número de casos de violência sexual, destacando o abuso sexual com 2.213, seguido da exploração sexual, com 462 casos. A negligência aparece com 462 e a violência física com 323 casos. O município com o número maior de registro é Boa Vista com 2.616, seguido de Pacaraima com 572, Bonfim aparece em terceiro com 281 casos. Vale destacar que esses dados representam uma visão parcial da expressão do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes no Estado, pois contempla apenas o que foi notificado em uma das portas de entrada.

---

<sup>46</sup> Dados fornecidos a esta pesquisadora pela Coordenação Estadual do CREAS-RR em ocasião da realização deste estudo.

## **CAPÍTULO IV: VIOLÊNCIA SEXUAL SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM BOA VISTA- RR: LIMITES E DESAFIOS**

### **4.1. Percurso metodológico**

A pesquisa enquanto prática intelectual é entendida como uma atividade nas Ciências na sua descoberta e indagação da realidade, “ é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente” ( MINAYO,1998, p.23). Portanto, esta atividade é uma aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Para nortear o estudo da realidade, nesta pesquisa optou-se por uma abordagem analítico-crítica, pois fornece as bases para uma “interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais” (GIL, 2009, p.14). Optamos por este método por trata-se de um caminho metodológico adequado ao nosso objeto de estudo que visa analisar como se processa o atendimento em dois serviços de saúde de referencia na atenção à criança e adolescente em situação de violência sexual no município de Boa Vista-RR, na ótica dos profissionais.

Este estudo pode ser classificado como qualitativo (do ponto de vista da forma de abordagem) por analisar grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de conteúdo das falas dos profissionais entrevistados e de documentos (MINAYO, 2006, p. 57). A escolha qualitativa se deve, primeiramente, à geração de dados que se quer obter sobre essa realidade, ou seja, à qualidade dos dados e ao método de análise desses mesmos dados, e, secundariamente, a uma escolha sobre o delineamento da pesquisa (BAUER, 2002). Haguette (1987, p. 55) assinala que “os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”.

Para isso, Minayo (1998) afirma que o pesquisador deve procurar fazer conexões entre os dados levantados e os referenciais teóricos da pesquisa, sabendo que os resultados são uma aproximação com a realidade social que não pode ser reduzida.

Sendo assim, este estudo enquanto pesquisa social apóia-se não só em dados sobre um contexto social, que são construídos nos processos de relações sociais dos sujeitos, como também no interesse do pesquisador que está voltado para a maneira como as pessoas ou grupos pensam suas ações e expressam o que é importante para elas. Encontrar um caminho entre os diferentes métodos, avaliar suas vantagens e limitações, para se conhecer a realidade social, exige do pesquisador a compreensão das dimensões na investigação social (BAUER, 2002).

Delimitamos como foco central a análise de dois serviços de saúde pública, o Hospital da Criança Santo Antônio e Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth conveniados ao Sistema Único de Saúde- SUS, bem como credenciados como hospitais e serviços de referência em atendimento para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual no município de Boa Vista, Roraima. A opção por esses espaços ancora-se na compreensão de que as instituições públicas, entre as quais se encontram as instituições de saúde, são produzidas na prática social concreta, assumindo significados com base nas tramas que os sujeitos constroem no tecido social (MINAYO, 2008).

De forma geral neste estudo, pretendeu-se caracterizar o modo como se efetiva, no município de Boa Vista-RR, a garantia aos direitos sociais preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, através do atendimento realizado pelas instituições acima supracitadas. Especificamente, busca-se: investigar a articulação da rede de enfrentamento ao abuso e exploração sexual no município; verificar a capacidade gerencial do Município na condução das políticas públicas de atendimento a crianças e adolescentes; averiguar se a constituição do Sistema de Garantias de Direitos está de acordo como especificado no Estatuto da Criança e do Adolescente; e por fim, analisar sob a perspectiva dos profissionais de saúde, os limites e desafios enfrentados no atendimento a criança e adolescente em situação de violência sexual no município de Boa Vista- Roraima.

Quanto aos instrumentos investigativos, utilizamos a entrevista individual semi-estruturada com perguntas fechadas e abertas. Neste estudo utilizou-se a observação sistemática, o levantamento documental e bibliográfico, relacionados a política de saúde, dados a respeito das instituições de saúde, matérias dos meios de comunicação (imprensa, falada e escrita), relatórios e demais documentos relacionados à temática. Esta técnica foi uma constante durante todo processo de construção desta pesquisa, pois o material

empírico foi sendo enriquecido, seja por um fato novo ou por meio de nossa participação em eventos relacionados ao tema em estudo.

Para analisar o material empírico obtido adotamos a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009) que define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas que possibilita a análise das comunicações para se obter por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2009, p.42).

Tal procedimento de análise se constitui em um processo que parte da ligação de alguns elementos do discurso através do processo de categorização de temas a serem investigados no texto. E nesse sentido a autora complementa, que esta análise não só é preocupada com a pura descrição dos conteúdos, mas com uma atividade, essencialmente, interpretativa, que combina compreensão semântica com a análise estatística, por isso que o processo de categorização é fundamental na análise de conteúdo (BARDIN, 2009).

Tendo como norte essa perspectiva metodológica, neste estudo, todos os dados obtidos através dos instrumentos e procedimentos já mencionados foram selecionados, organizados e sistematizados. As entrevistas foram transcritas e as falas dos profissionais foram selecionadas classificadas a partir da leitura de cada uma delas, posteriormente foram codificadas com cores diferentes, considerando-se as semelhanças e as diferenças dos enunciados dos sujeitos que representavam as categorias de cada tema.

As questões foram estruturadas buscando dar conta de alguns eixos temáticos que emergiam a partir da leitura dos dados. Cabe salientar que embora esses eixos tenham inicialmente elencados, tendo-se como referência o roteiro de entrevista, a partir do referencial teórico e dos objetivos deste estudo, eles só foram definidos a partir da leitura e análise das falas dos entrevistados. Com isso, construiu-se um quadro geral e, após, um quadro para cada eixo temático com os enunciados mais significativos. Os temas foram organizados em quatro eixos temáticos, a saber:

- Concepção dos profissionais sobre a violência sexual;
- Condições de Atendimento;

- Articulação da rede;
- Limites e desafios da saúde no enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil.

Portanto estabelecer categorias gerais de análise a partir das falas dos sujeitos, bem como lidar com essas categorias entre si para relacioná-las com o conteúdo, o contexto e o objetivo foi primordial para tornar transparente a opacidade do objeto. O procedimento básico desta pesquisa é tentar, a partir da análise dos resultados, responder às questões propostas, sem se perder de vista a possibilidade de inserção de outras técnicas de análise, caso seja necessário nessa etapa do estudo.

A perspectiva teórico-metodológica deste estudo apresenta potencial para abranger a análise da articulação entre aquilo que se anuncia no Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente e o que se realiza na prática pelo serviço de saúde. Dessa forma, o percurso metodológico ora apresentado foi seguido com o propósito de responder tal questionamento.

#### **4.2. A pesquisa de campo e suas facetas**

Após aprovação do projeto de pesquisa na Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, a pesquisadora viajou à cidade de Boa Vista-Roraima, para realizar a pesquisa de campo, que compreendeu o período de abril a julho de 2009. A pesquisa de campo iniciou-se a partir da autorização da Direção de Ensino e Pesquisa do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré e seguidamente, da Direção Administrativa do Hospital da Criança Santo Antônio, na seqüência foram realizadas visitas aos espaços institucionais de saúde, com o intuito de iniciar o contato com os sujeitos da pesquisa.

Após contatos com os profissionais, foram agendadas as entrevistas, as quais foram realizadas com o agendamento de dia e local previamente estabelecidos. Foi solicitado a todos os sujeitos que participaram da entrevista a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) e informados sobre o caráter confidencial dos dados e da pretensão de divulgação dos resultados da pesquisa em estudos e eventos científicos. As entrevistas duraram em média, quarenta minutos e foram realizadas nas instituições onde os participantes trabalhavam (HCSA e HMINSN).

Essas entrevistas foram gravadas, com o objetivo de garantir a fidedignidade dos depoimentos e o aproveitamento máximo das falas dos entrevistados.

Cabe registrar que o processo de realização da pesquisa de campo foi permeado por várias dificuldades, uma delas atribuída ao fato da profissional ser uma pesquisadora que atua na área da saúde. A análise da realidade investigada foi iniciada no momento em que a profissional assumiu o “lugar” da pesquisadora, intensificando a pesquisa de campo. Isso significa que operar destes dois lugares, da profissional de saúde para pesquisadora/academia, se tornou um desafio, tendo em vista, que o campo não é um lugar específico separado, distante e sempre atuamos em múltiplos espaços, podendo variar nossa prioridade, mas as facetas e matrizes do campo estão sempre presentes.

E por esse motivo foi que alguns profissionais convidados à participar da pesquisa recusaram-se sem nenhuma justificativa, outros agendaram, mas não compareceram, justificando posteriormente por telefone, que estavam sem tempo e/ou com medo de comprometerem-se com as informações fornecidas, tendo em vista não terem vínculo efetivo no trabalho e por isso temerem represálias das chefias, mesmo sendo informados por esta pesquisadora, do sigilo no trato das informações institucionais e, sobretudo das informações pessoais. Se, por um lado, houve essa dificuldade inicial, por outro lado, a obtenção das informações foi facilitada pelas relações profissionais da assistente social-pesquisadora com outros sujeitos, garantindo a acessibilidade aos dados investigados e as instituições que fazem parte do universo estudado.

### **4.3. Os espaços da pesquisa**

#### **4.3.1. Hospital da Criança Santo Antônio – HCSA**

O Hospital da Criança Santo Antônio<sup>47</sup> – HCSA foi inaugurado em agosto de 2000. Atualmente é o único hospital infantil da rede pública do Estado de Roraima, sendo unidade de saúde de referência do Sistema Único de Saúde -SUS. Essa instituição está localizada na capital do Estado, município de Boa Vista, e atende crianças e adolescentes

---

47. Informações adquiridas no Relatório de Gestão (2009), disponibilizado pela Direção administrativa do HCSA para este estudo. Mais informações ver Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, disponível em: > [cnes.datasus.gov.br/cabeçalho\\_reduzido.asp?VCod\\_unidade=1400102320681](http://cnes.datasus.gov.br/cabeçalho_reduzido.asp?VCod_unidade=1400102320681)>

na emergência até 12 anos incompletos e adolescentes até 15 anos em seu ambulatório, oriundos de todos os municípios de Roraima, como também atende a demanda de países vizinhos, como a Venezuela e a Guiana Inglesa e ainda das diversas comunidades indígenas da região.

A estrutura física da unidade é totalmente horizontal, compreendendo cinco blocos, com atendimento de urgência, ambulatorial, internação e serviço auxiliar de diagnóstico e terapia. O atendimento de emergência funciona 24 horas por dia, atende desde patologias clínicas simples, como gripe, pequenos ferimentos até as mais complexas como meningite e outras urgências médicas. Há ainda uma farmácia hospitalar com capela de fluxo laminar para preparação de medicações endovenosas e de nutrição parenteral. O Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA conta com uma unidade de tratamento intensivo (UTI) e um centro cirúrgico, realizando procedimentos eletivos e de emergências de pequena, média e alta complexidade. Acrescentamos ainda, que o Hospital dispõe de uma enfermaria adaptada para o atendimento ao paciente indígena, onde há redes no lugar de camas e sanitário embutido no chão, na tentativa de tornar o ambiente hospitalar mais próximo a cultura indígena.

No serviço ambulatorial, são realizadas consultas médicas de várias especialidades: ortopedia, neurologia, cardiologia, oncologia, dermatologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, infectologia, entre outras. Para compor um atendimento multidisciplinar, o Hospital dispõe de uma equipe de profissionais da enfermagem, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e cirurgião dentista buco-maxilo. É oportuno ressaltar que na busca de oferecer um atendimento de qualidade, foi criada uma coordenação de Humanização pautada nas diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (HUMANIZASUS), destacando-se nas ações realizadas a nível estadual.

Por ser uma unidade de saúde hospitalar, a demanda de atendimento é espontânea e também referenciada por outros serviços. No atendimento<sup>48</sup> da criança com suspeita ou confirmação de algum tipo de violência, a conduta adotada pela equipe da emergência do Hospital é de encaminhar ao ambulatório médico, após diagnóstico é encaminhado ao setor de serviço social, que a partir de um fluxograma, elaborado pela equipe

---

<sup>48</sup> Será discutido posteriormente na seção 5 deste Capítulo.

multidisciplinar, realiza os encaminhamentos necessários. Contudo, apesar de ser referência, o Hospital da Criança Santo Antônio ainda não dispõe de um banco de dados padronizado referente ao atendimento à criança em situação de violência.

#### **4.3.2. Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré – HMINSN**

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) é um hospital gerido pelo governo do Estado de Roraima, conveniado pelo Sistema Único de Saúde. Foi inaugurado em 05 de novembro de 1982 e oferece serviços<sup>49</sup> de atenção integral à saúde da mulher e ao recém-nascido (até os 28 dias), em nível ambulatorial e hospitalar nas áreas de ginecologia e obstetrícia, distribuídas da seguinte maneira:

- Acolhimento: é o primeiro contato da usuária com a unidade de saúde, é neste setor, que é acolhida, orientada e encaminhada para consulta médica e havendo necessidade à realização de exames;
- Ala das Violetas: é composta por uma Central de Material e Esterilização, salas para cirurgia ginecológica, curetagem e recuperação pós-anestésica;
- Ala das Pedras preciosas (neonatologia): presta atenção multidisciplinar ao recém-nascido em situação de risco. É composta de leitos de UTI para cuidados intermediários e “mães cangurus” com incentivo ao aleitamento materno;
- Ala dos Girassóis: composta por leitos destinados à internação e tratamento de mulheres com gestação de risco;
- Ala das Orquídeas: formada por leitos de alto risco, pré-curetagem, realização de ultrassom, apartamentos individuais para realização do parto pré-amparado com o serviço assistencial de “doulas”,<sup>50</sup> às parturientes e familiares.
- Alas das Rosas: espaço destinado às mães de parto natural e cesariano, é desenvolvido um trabalho de orientação e incentivo ao aleitamento materno.

---

<sup>49</sup> Informações obtidas a partir do Procedimento Operacional Padrão-POP-HMINSN-2008: documento normatizador de rotina dos serviços do HMINSN .

<sup>50</sup> A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. Mais informações em: < <http://www.doulas.com.br>> Acesso: 21/11/2009.

- Ala das margaridas: destinada à internação de mulheres com problemas ginecológicos para tratamento clínico ou operatório
- Centro de Imunobiológicos Especiais: disponibiliza vacinas especiais a crianças de baixa imunidade ou com risco de doenças imunopreveníveis, além de vacinas de rotina.
- Banco de Leite Humano: tem como objetivo principal incentivar proteger e promover o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, orientando a ordenha mamária, doação, pasteurização e acondicionamento do leite, para diminuir os índices de morbi-mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida dos recém-nascidos.
- Comitê Estadual de Mortalidade Materna: investiga todos os óbitos maternos e analisa as causas para apontar medidas de intervenção e redução dos índices.
- Cartório: funciona no interior da unidade, onde é disponibilizado o serviço de registro de nascimento, com o intuito de reduzir subregistro no Estado.

#### **4.4. Os sujeitos da pesquisa**

O grupo de sujeitos desta pesquisa foi constituído por profissionais que faziam parte da equipe multiprofissional de saúde do Hospital da Criança Santo Antônio- HC SA e do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth- HMINSN. Segundo Gil (1999, p.104), nesse tipo de método, “o pesquisador seleciona os elementos a quem tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma, representar o universo.” Sendo assim, o principal critério para a escolha dos sujeitos foi à experiência de ter realizado atendimento a criança ou adolescente em situação de violência sexual bem como a disponibilidade em participar do estudo.

Foram escolhidos no total dez (10) profissionais com graduação acadêmica em várias áreas, sendo cinco de cada instituição, todavia foram realizadas seis (06) entrevistas. Dos sujeitos entrevistados, foram contempladas as categorias profissionais, assim distribuídas: dois (2) médicos, um (1) enfermeiro, um (1) psicólogo e dois (2) assistentes sociais. Para a garantia do anonimato, os sujeitos entrevistados foram identificados com siglas e numeração, optando-se pela seguinte legenda: médico (Me1), (Me2), enfermeiro (Enf), psicólogo (Psi) e assistente social (AS1) e (AS2).

**Tabela 1: Identificação dos entrevistados por categoria profissional**

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Médico (Me)	HCSA	2
	HMINSN	
Enfermeiro (Enf)	HCSA	1
Assistente Social (AS)	HMINSN	2
Psicólogo (Psi)	HCSA	1
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>

Fonte: Pesquisa direta: abril a julho de 2009

**Tabela 2: Identificação dos entrevistados por sexo**

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>SEXO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Médico (Me)	MASCULINO	1
	FEMININO	1
Enfermeiro (Enf)	FEMININO	1
Assistente Social (AS)	FEMININO	2
Psicólogo (Psi)	FEMININO	1
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>

Fonte: Pesquisa direta: abril a julho de 2009

Observa-se na Tabela 2 que há uma predominância de 90% dos profissionais entrevistados são do sexo feminino, que podemos considerar o fato que nas profissões do campo das ciências humanas o assistente social e o psicólogo historicamente encontram-se ligadas ao sexo feminino, consta-se entre os sujeitos entrevistados, apenas um profissional do sexo masculino.

**Tabela 3: Identificação dos entrevistados por tempo de experiência na Unidade de Saúde**

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>QUANTIDADE/ANO</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>
Médico (Me2)	ATE 2 ANOS	HCSA
		HMINSN
Enfermeiro (Enf)		HMINSN
Assistente Social (AS1)		
Assistente Social (AS 2)	DE 2 A 4 ANOS	HMINSN
		HCSA
Psicólogo (Psi)		
Médico (Me1)	ACIMA DE 4 ANOS	HMINSN
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>

Fonte: Pesquisa direta: abril a julho de 2009

Conforme verificado na Tabela 3 o tempo de atuação dos profissionais entrevistados que exercem sua função na instituição varia de 2 a 4 anos. Isto demonstra que esses profissionais que ingressaram nestas unidades de saúde, costumeiramente não precisaram ter uma experiência prévia na área, o que deveria ser um dos requisitos essenciais, devido à complexidade que norteia a temática da violência sexual infanto-juvenil.

**Tabela 4: Identificação dos entrevistados por faixa etária**

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>
Enfermeiro (Enf)	HCSA	20-30
Assistente Social (AS 1)	HCSA	31-40
Assistente Social (AS2)	HMINSN	
Psicólogo (Psi)	HCSA	
Médico (Me 1)	HCSA	41-50
Médico (Me 2)	HMINS	
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>

Fonte: Pesquisa direta: abril a julho de 2009

A Tabela 4 representa a distribuição por idade dos profissionais que compõe o universo da pesquisa, percebe-se na faixa etária dos 20 aos 30 anos encontra-se apenas um profissional, entre os que se encontram na faixa etária dos 31 a 40 anos, prevalece com 60% das indicações e os que estão na faixa etária de 40 a 50 anos, indicam o percentual de 30%.

#### **4.5. Violência sexual contra crianças e adolescentes na perspectiva dos profissionais de saúde**

Para melhor apresentação e discussão dos dados desta pesquisa e de modo a estabelecer a relação e a interconexão entre a temática abordada e o objeto de estudo, embora tenha sido já mencionado, faz-se necessário, apresentar os eixos temáticos que iremos analisá-los a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, são eles: 1- Concepção dos profissionais sobre a violência sexual; 2-Condições de atendimento; 3-

Articulação da Rede; e 4- Limites e desafios da saúde no enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil.

#### **4.5.1. Concepção dos profissionais sobre a violência sexual**

As diferentes formas de violência ao longo da história vêm sendo consideradas um problema no mundo e na saúde pública, por ser uma importante causa de morbimortalidade, pois cada vez mais esse fenômeno atinge todas as faixas etárias, principalmente entre crianças e adolescentes.

De acordo com as falas dos entrevistados observamos que os termos utilizados para nomear a violência sexual é vasto: “qualquer coisa que abale a integridade da criança”; “podem vir várias formas, às vezes pela família, pela pessoa mais próxima que é o pai”; “pra conseguir o sexo”; “quando uma criança é forçada a fazer qualquer tipo de ato que não seja do consentimento dela”; “violência sexual é uma violência, de cunho sexual corporal”. Percebemos que os termos destacados nas falas resumem-se na visão de que a violência sexual é toda ação ou omissão capaz de causar lesões e transtornos a criança e adolescente no seu amplo desenvolvimento físico, psicológico e sexual.

As diferentes formas de violência ao longo da história vêm sendo consideradas um problema no mundo e na saúde pública, isso por ser uma das causas de morbimortalidade e principalmente por atingir todas as faixas etárias, principalmente crianças e adolescentes.

De acordo com as falas dos entrevistados observamos que os termos utilizados pelos profissionais para expressar o significado da violência sexual são vastos. Sendo assim, sobre essa concepção os profissionais entrevistados expuseram os seguintes relatos:

É quando uma criança é forçada a fazer qualquer tipo de ato que não seja do consentimento dela. Entendo que violência sexual contra criança e adolescente é tudo aquilo que envolve a questão sexual mesmo. É tudo aquilo que é feito que a criança não tem conhecimento, ela não sabe, é todo tipo de abuso. Então a questão de fotos, até mostrar fotos, palavras que utilizar, não apenas a questão física, pra mim assim vai além da questão física (AS 1).

A violência pra mim é o uso da força contra a vontade da outra pessoa pra se conseguir aquilo que se quer. No caso da violência sexual, pra conseguir o sexo. A exploração sexual contra criança e adolescente é uma modalidade de violência sexual, o abuso sexual, o atentado violento ao pudor. Pra mim a violência sexual é muito mais que o estupro, entra também as outras, a questão da pedofilia, do voyerismo, do exibicionismo (AS 2).

É quando uma criança é forçada a fazer qualquer tipo de ato que não seja do consentimento dela e nem com consentimento também, por ela ser menor. Às vezes a criança nem entende o que é o abuso, às vezes ela pode vir várias formas, às vezes pela família, pela pessoa mais próxima que é o pai, então ela vem de uma forma que a criança não consegue entender se aquilo foi um abuso, então aí vai caber a gente mesmo ta avaliando isso, a forma, o jeito, como tá o psicológico dessa criança. Como ela que chegou, como que ela vai receber aquilo ali, até sendo como uma coisa ruim, ou uma forma de constrangimento que ela tenha passado às vezes nem tanto o abuso em si. Às vezes o psicológico da criança também é afetado, a gente tem casos assim também (Enf).  
Violência sexual é uma violência, de cunho sexual corporal (Psi).

Violência sexual é toda vez que um adulto ou um adolescente mais velho procura se satisfazer através de uma criança ou uma adolescente mais nova, normalmente através de uma relação de poder (Me 2).

Qualquer ato que violente não só o físico, como o psíquico, o emocional qualquer coisa que abale a integridade da criança. É uma coisa meio que hierárquica a violência sexual principalmente em criança e adolescente, é uma coisa quase que enraizada aqui e a raiz disso precisa ser trabalhada (Me 1).

Sobre essa questão o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) no artigo 5º preconiza :

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Considerar o fenômeno da violência sexual de uma forma mais ampla implica reconhecer que as relações entre adulto/criança/adolescente são social e culturalmente determinadas, a criança e adolescente pertence ao núcleo familiar, do qual é dependente e influenciada pelas determinações socioeconômicas ditadas pelos modos de organização social e política de uma determinada sociedade. Nesse sentido, Guerra (2001) afirma que:

A autoridade do adulto sobre a criança é uma autoridade social que estabelece um certo tipo de relação entre ambos. Varia de acordo com os

indivíduos, alguns dos quais compensam suas frustrações sociais, afirmando seus desejos de poder absoluto sobre a criança. Difere, também segundo as sociedades que reconhecem aos diferentes tipos de direitos variáveis sobre a criança. De qualquer forma, a autoridade do adulto sobre a criança reproduz as formas dominantes de autoridade numa determinada sociedade (GUERRA, 2001, p. 94-95).

Portanto, podemos dizer que a violência praticada contra crianças e adolescentes tem uma função de manter um tipo de poder legitimado pela dominação e disseminado em diferentes processos sociais. É na família onde se manifesta as relações microsociais, caracterizadas pelas relações antagônicas e contraditórias existentes entre as classes, raças e gênero.

Para tanto, a respeito da existência de uma relação de poder na expressão da violência sexual contra criança e adolescente, os profissionais revelaram:

Com certeza, de poder, de força. Principalmente contra criança e adolescente que é o que a gente está trabalhando. (AS 2)

Lógico que existe isso é óbvio. O poder não só físico como o emocional (Me 1).

Se ela for exploração sexual, existe uma relação de poder e no caso de abuso, também existe uma relação de poder (Psi).

Essa relação de poder quando se trata de criança e adolescente com certeza, até mesmo adulto. Até os adultos sempre tem uma relação de poder (AS 1).

Quem faz isso é covarde, qualquer ato contra a criança que não pode se defender é covardia. Mas eu acredito que sim, que tem haver sim, geralmente são pessoas próximas, nunca são pessoas totalmente desconhecidas da família (Enf).

É evidente nas falas dos entrevistados a relação de poder exercida na situação de violência sexual contra criança e adolescente, que Saffioti (1989) denomina como síndrome do pequeno poder, que consiste no adulto fazer uso do poder sobre as crianças e adolescentes, impondo a elas valores como o machismo, autoritarismo, patriarcalismo e de inferioridade de gênero, manifestadas nas relações sociais, principalmente nas relações intra e extrafamiliar.

Para Saffioti (2004) os três princípios estruturadores da sociedade brasileira são o capitalismo/patriarcalismo/racismo. Enquanto sistemas de exploração-dominação, essa tríade transforma as relações existentes em relação de poder e hierarquicamente, segundo

essa autora, teríamos no topo da escala do poder o macho, branco e rico; nas categorias sociais subalternas estariam as mulheres, pobres, negros e crianças e, em último lugar, estaria a menina negra e pobre. Tais categorias fazem parte da estrutura de uma sociedade na qual se inscreve a trajetória das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

As explicações para suas causas não são encontradas apenas nos fatores gerais, não podemos atribuir apenas às causas do poder foucaultiano no plano macro do Estado, mas não podemos deixar de associar esse poder ou uma espécie de sua reprodução nos micro espaços da vida particular (idéia do autor) que manifesta uma violência sociológica, exercida autoritária e hierarquicamente como modo de dominação.

A compreensão da problemática acerca da violência sexual expressada pelos profissionais de saúde configura-se como relação de “poder, de força”; “poder não só físico como o emocional”; “covardia”. Pela complexidade de fatores que geram o entendimento desse fenômeno, essas expressões perpassam por questões sociais, culturais, econômicas e políticas e exige dos profissionais uma atuação diferenciada diante no contexto do atendimento à crianças e adolescentes em situação de violência sexual, nesse sentido a fala a seguir, expressa a dificuldade que a profissional (AS1) vivenciou ao realizar uma intervenção "mais efetiva" diante de uma situação de violência sexual, vejamos:

[...] A paciente quando vem pra minha sala, embora ela venha com a mãe, com uma tia, os pais em geral não sabem dar informações não sabem como aquilo aconteceu. Fica aquela coisa muito vaga. É como se tivesse acontecido por acaso. A menina tá na rua, duas horas da manhã vindo de um inferninho, aí a mãe ou o responsável diz: ‘ah não sei como isso aconteceu’. No atendimento é difícil você ter uma informação concreta, é como se eles estivessem sempre escondendo algo acho que eles ficam com medo, eles pensam talvez que a gente vai denunciar, ficam com medo de falar abertamente e isso é uma dificuldade mesmo, complica um pouco às vezes (AS 1).

No entanto, destacamos outra fala que mostra a importância da informação do tema na sociedade, bem como a divulgação dos serviços de saúde no atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescente, assim a profissional (Enf) mostra sua visão sobre essa questão:

A criança às vezes sofre até a fase adulta com aquilo porque tem medo de falar e a gente não fica sabendo, eles (os familiares) não sabem como chegar aqui. Então tem que ser feito propaganda, tem que ser informado

na unidade básica, o pessoal tem que está informado para que assim, eles possam ter mais conhecimento e saber que ao chegarem aqui eles serão bem acolhidos porque a gente não vai de maneira nenhuma ter nenhum preconceito com eles e sim, tentar resolver o problema da melhor forma possível (Enf).

Nos depoimentos supracitados as profissionais apresentaram elementos que dificultam, de certo modo, sua atuação diante da problemática da violência sexual, isso se dar devido os fatores como preconceito, pouca informação, vergonha que norteiam esta temática e como consequência, conforme os entrevistados, os familiares não falam sobre essa questão durante a consulta, por "dificuldades [...] de chegar, de se abrir, [...] guardam para elas mesmas" ou porque o "serviço é pouco divulgado". Diante disso, fica evidente que na visão dessas profissionais a dificuldade apresentada pela criança/adolescente e familiares ao revelar e expressar a situação de violência vivenciada ou até preferindo silenciar o problema, dificulta o diálogo e o aconselhamento, sobretudo trás implicações na atuação profissional interventiva nos casos de violência sexual.

#### **4.5.2. Condições de atendimento**

As condições de atendimento das instituições são espaços fundamentais no processo de efetivação dos direitos das crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Elas podem ser demonstrativas das primeiras medidas de proteção, ou ao contrário podem ser práticas de violação.

Dos profissionais entrevistados do Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA e do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth - HMINSN observou-se que (100%) dos relatos evidenciaram que os serviços oferecidos pelas instituições não são adequados ao atendimento, sobretudo, ressaltam as dificuldades de infraestrutura que essas apresentam. As principais necessidades de infraestrutura apontadas perpassam por espaço físico inadequado, disponibilidade de equipamentos específicos; capacitação profissional; trabalho interdisciplinar e registro de dados e/ou notificação. Quanto aos serviços institucionais, o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (1990) no art. 90, incisos I e IV assegura que:

As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, assim como pelo planejamento e execução de programas de proteção e sócio-educativos destinados a crianças e

adolescentes, em regime de: I - orientação e apoio sócio-familiar; IV- acolhimento institucional (BRASIL, 1990).

Para tanto, no que se refere ao espaço físico para o atendimento de criança e adolescente em situação de violência sexual, as falas dos entrevistados demonstraram as condições mais adversas nos dois locais onde a pesquisa foi realizada, denunciam que o espaço físico e os equipamentos disponibilizados nas instituições não são adequados a esse atendimento. Segundo o profissional Me 2:

Mobiliário e equipamentos, é o que falta pra gente na verdade, pra mim sim, porque a gente faz o exame ginecológico. Pensando enquanto pediatra, só olhando por um local é uma coisa, até porque a gente normalmente não tem na formação de pediatra, a formação do exame genital. Pensando enquanto referência, eu tenho dificuldade, porque a gente precisa de uma iluminação adequada, a gente precisa de um espaço adequado uma mesa preparada para a criança ficar em posição do exame e isso a gente não tem no hospital (Me 2).

A fala supracitada denuncia que a estrutura física é inadequada a esse atendimento, para tanto, é necessário um ambiente que prime pela privacidade e principalmente uma organização dos equipamentos de saúde, como expressam os entrevistados: “iluminação adequada, um espaço adequado, uma mesa preparada para o exame”. Sendo assim, cabe às unidades oferecer uma organização nos serviços que respeitando as necessidades desse serviço específico. A seguir mais um depoimento que demonstra a inadequação desse atendimento:

Começando pela sala de acolhimento. [...] Às vezes a gente, tem casos que chegam e tem lá cinco gestantes pra serem atendidas, aí vem uma adolescente, então ela fica ali, esperando pra ser atendida, porque tudo é prioridade, gestante é prioridade, criança é prioridade, adolescente é prioridade. Então, fica esperando na porta aí só dela ficar ali, aquelas cinco que estão ali, já querem saber o porquê que ela está ali, estão vendo que ela não está gestante, tá vendo que ela não é criança, então já expõe. [...] Ficam perguntando na frente da mãe, outros profissionais, da limpeza, dá um jeito de perguntar também, aí já vai lá também pra ver a adolescente sozinha, o hospital ele também não está preparado (AS 2).

O depoimento da profissional AS 2 revela que o serviço nessa unidade de saúde está desorganizado e que a qualidade do atendimento está relacionada com o contexto de

fragilidade do Sistema Único de Saúde - SUS. As crianças e adolescentes que passam por qualquer situação de violência, seja física, sexual, vivem sentimentos de vergonha, medo, culpa, principalmente quando chegam ao serviço de atendimento. É fundamental que no acolhimento tenham um ambiente de confiança e de respeito, com o intuito de evitar situações nas quais foram citadas pelos profissionais: “longa espera de atendimento sem ambiente adequado para a espera”; “ficar esperando na porta”; “sem sala apropriada para a realização do atendimento individual [...] “ficam perguntando na frente da mãe”, isso certamente causa constrangimentos e/ou estigmas a essas crianças e adolescentes.

Para tanto, a Norma Técnica que trata da Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes orienta que para esse tipo de atendimento “deve ser definido local específico, preferencialmente fora do espaço do pronto-socorro ou triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.12).

Ressaltamos que não se pode mais tolerar que pessoas vitimizadas por qualquer tipo de violência, principalmente crianças e adolescentes, não tenham acolhida adequada. Para ilustrar essa situação destacamos o seguinte relato:

[...] Nos fins de semana a gente tem algumas dificuldades, então, eu vejo que precisa ser alterado alguma coisa nesse sentido. Questão de medicamentos [...] e a questão da UVE. É muito chato no mínimo desagradável para paciente, ela chega aqui numa situação vitimizada, toda cheia de problema, já sem graça porque elas chegam envergonhadas, já tiveram que contar, normalmente, toda a história lá na delegacia da mulher chega aqui tem que repetir a mesma história, encaminha para o serviço social, elas têm que contar tudo de novo. Eu viro pra ela e digo: tudo bem, mas a senhora não vai poder fazer os testes, não vai poder fazer a notificação, porque a UVE está fechada [...]. Fico sem graça, de dizer: olha não posso, a senhora vai ter que retornar na segunda-feira. Acho muito ruim essa situação. [...]. Eles estão revendo na UVE essa questão dos finais de semana, eu acho que isso é essencial, porque a gente já não tem retorno de como é que vai o andamento do caso dessa paciente, pelo menos neste primeiro momento, a gente tem que garantir que todos os procedimentos sejam feitos (AS 1).

Ao analisarmos esse depoimento, ressaltamos que a política de saúde visando garantir o direito a um atendimento humanizado, estabelece a Política Nacional de Humanização<sup>51</sup> que é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde na busca de

---

<sup>51</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo", tem o

mudanças do padrão de comportamento na relação instituição/usuários, ou seja, o acolhimento humanizado pressupõe resignificar o conceito de atender – acolher, recepcionar e receber, com vistas a proporcionar a integralidade no atendimento. A esse respeito o Artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990) garante:

É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Art.11, ECA,1990).

A frequência de casos de crianças e adolescentes que chegam às unidades de saúde HCSA e HMINSN é considerada pelos profissionais como uma frequência alta. Dos entrevistados, 90% afirmaram que semanalmente atendem crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Assim expuseram:

A frequência é grande perto de outros serviços que já trabalhei é em torno de 5% dos atendimentos por mês. Nesse fim de semana, por exemplo, eu atendi no meu plantão de 6 horas uma adolescente. Não dá pra estipular, mas é quase que semanalmente (Me 1).

Com relação aos fins de semana, eu não tenho como te dar um dado específico, porque já aconteceu, por exemplo, em um feriado prolongado, sexta, sábado e domingo, chegarem cinco casos. De sexta pra sábado e passa fins de semanas que não tem nenhum, então assim não há como eu te dar um dado específico com relação a isso, acontece mais quando é época de festa. Nas festas de finais de semana essas coisas acontecem mais, não tenho como te dizer estatisticamente falando, até porque estes dados não foram levantados (AS 1).

Às vezes pode chegar diariamente, ou numa semana chegar vários casos e aí fica um tempo sem vir nenhum, mas normalmente todo mês tem pelo menos um caso (Enf).

A gente tem, por exemplo, registrado até o mês de junho até agora 30 registros. Então, são 5 casos por mês, um caso por semana, pode considerar semanalmente (AS 2).

Quanto à demanda do atendimento, iniciativa pela procura, encaminhamento e a origem, a maioria dos profissionais entrevistados das unidades de saúde investigadas, declararam que geralmente é encaminhado de outras instituições, principalmente do Conselho Tutelar e da Delegacia de Defesa da Mulher (Núcleo de Proteção à Criança e ao

Adolescente), mas há registro com um número menor de demanda espontânea e que são pais e/ou parentes próximos à criança e adolescente em situação de violência sexual que procuram o serviço de saúde. Sobre essa questão, os profissionais apontaram:

As adolescentes vêm normalmente com alguém da família, mãe, tia. Quando elas vêm pra cá, normalmente já passaram pela Delegacia de Defesa da Mulher, já registraram o boletim de ocorrência, o próprio agente é quem vem e deixa aqui, quando acaba todo o procedimento eles vêm buscar pra fazer exame corpo de delito (AS 1).

Demanda espontânea de pais e parentes. Vem também do Conselho Tutelar, principalmente, que já vem da Delegacia e das instituições competentes (Psi).

Geralmente é espontânea, vem por alguém da família, também por encaminhamento de algum órgão. As vezes do Conselho Tutelar, de algum outro serviço social, da Delegacia até mesmo já recebemos, são de várias formas (Enf).

Não, não é espontânea, é encaminhada a maioria. A origem é Delegacia de Defesa da Mulher. Na verdade a gente fala da DDM mas é porque o Núcleo de Proteção está lá, antes era no Juizado da Infância e Juventude que o Núcleo funcionava, como o Núcleo está na DDM, então vem mais por causa da DDM, é tanto que os ofícios vêm sempre do Núcleo (AS 2).

Não, não é espontânea, elas vêm pra cá depois de terem ido a Delegacia da Mulher, de procurar o órgão civil competente. Elas vão a Delegacia da Mulher depois vem pra cá, normalmente. A gente teve uma reunião no ano passado, se eu não me engano comemorado a Lei Maria da Penha, e foi até proposto que se fizesse todo um atendimento num local só, que viesse pra cá e que daqui fosse acionado os colegas do IML e os colegas da Delegacia da Mulher, mas não sei por que ficou inviável, o pessoal do IML é bem colaborativo, mas o pessoal da Delegacia da Mulher, talvez pela demanda de outros casos, que não só a violência sexual acho que fica complicado pra eles, mas enfim, é feito tudo. Normalmente as pessoas que vem procurar o nosso serviço, já procuraram a Delegacia da Mulher e o IML (Me 2).

Vem de todas as formas, vem demanda espontânea também, até no próprio ambulatório, independente da emergência. Recebi no ambulatório ontem uma criança que a mãe relatava um fato ginecológico, uma criança nova, então foi encaminhada pra mim e sem ela falar nada, aí no decorrer da consulta, ela falou que suspeitava que alguém estivesse mexendo com a criança, é o termo que eles usam mais, então assim, muitas vezes vem espontaneamente, embora a gente receba muito encaminhamento da Delegada (Me 1).

O atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual realizado nas unidades de saúde requer um trabalho interdisciplinar nos níveis superior,

médio e elementar. Acerca dessa questão as instituições investigadas apresentaram equipes multidisciplinares contemplando todos os níveis, compostas por médico (pediatra, ginecologista), enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem, assistente administrativo, entre outros. O atendimento inicial nestas unidades dar-se conforme as atribuições de cada profissional da equipe, orientados por normas específicas e protocolos elaborados pelos setores de cada serviço de saúde.

A análise dos relatos dos profissionais entrevistados acerca das atribuições na equipe e o fluxo do atendimento variam de acordo com cada categoria. Foi relatado pelos Médicos que ao iniciar o atendimento, realizam anamnese, exame físico e procedimento cirúrgico, se houver necessidade. Segundo o profissional Me 2 “ enquanto médico também já fui chamado para dar parecer em atendimentos de outros colegas” e complementa:

A gente faz o acolhimento da criança para consulta, conversa com os responsáveis que a trazem, dependendo das condições a gente conversa com a própria criança no primeiro momento, e procura fazer o exame físico de forma a determinar qual o melhor tratamento, se há necessidade de fazer profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis, encaminha para o instituto médico legal se for necessário, encaminha para o serviço social sempre (Me 2).

O Psicólogo faz o acolhimento, escuta qualificada e atendimento as crianças e aos familiares. Afirma realizar “um trabalho em conjunto com a equipe do serviço social, com os médicos e com outros psicólogos” e ressalta ainda “que cada um faz a sua parte”.

O Enfermeiro ao relatar suas atribuições na equipe afirma que encaminha para o laboratório e solicita da farmácia a medicação de profilaxia<sup>52</sup> quando necessária, seguidamente encaminha ao Serviço Social. Assim descreveu:

No momento em que chega a criança ela passa no consultório com o médico, no momento que é detectado pelo médico que houve uma suspeita ou uma certeza de abuso ou de violência a gente é contactado. O médico chama o enfermeiro que está responsável pelo setor no momento, para que a gente tome as devidas providências, no caso é

---

<sup>52</sup> A conduta adotada pelas instituições investigadas na administração da profilaxia das DST, Aids e gravidez indesejada, é orientada por protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde, que para facilitar a administração da medicação sugere a criação de *kits* assim discriminados: drogas segundo o protocolo do MS para uso em crianças; drogas para uso em mulheres com risco de gravidez e drogas segundo o protocolo do MS para uso em mulheres grávidas. Sobre esse assunto, ver também Norma Técnica sobre Aspectos Jurídicos do Atendimento as Vítimas de Violência, onde orienta os profissionais de saúde com enfoque jurídico, nos procedimentos para o abortamento seguro, nos casos de violência (MS, Brasília, 2005).

encaminhar para o serviço social. Para poder tá passando para as autoridades competentes. A gente fica restrita mesmo a isso. E caso precise de algum cuidado é no sentido pessoal mesmo com a criança ou de medicação é a gente que faz (Enf).

Ao Serviço Social cabe registrar o atendimento no prontuário, notificar ao Conselho Tutelar, ao Juizado da Infância e Juventude e realizar orientações e encaminhamentos diversos, de acordo com a demanda. Assim, as profissionais relataram:

Normalmente quando chegam casos aqui no hospital a equipe lá da frente da emergência encaminha para o serviço social, pra que pegue os dados, endereço, telefone, essas coisas. É feita a notificação na UVE quando está aberta, e normalmente nos finais de semana, como eu só fico nos finais de semana e feriados a UVE não funciona. Então, a gente tem que pegar esses dados até porque eu tenho que orientar a paciente para retornar na segunda-feira, para que seja colhido o material pra exames (AS 1).

Quando a criança vem encaminhada pela Delegacia, pelo Conselho Tutelar, os profissionais de lá recebem essa criança ou adolescente e avisam ao serviço social. A gente, encaminha a todos os atendimentos daqui do hospital, elas passam pelo acolhimento, pela sala de emergência. No caso se a criança está desacompanhada a gente inclusive acompanha ela, dependendo da situação que chega, quando ela está acompanhada por mãe ou por outro responsável, a gente, dependendo da idade também, se for adolescente ela fica sozinha se ela preferir ficar sozinha na sala de atendimento, se não a gente orienta que a mãe que tem o direito de ficar lá com ela, dependendo da idade que ela tiver. [...] Quando elas vem com boletim de ocorrência, com encaminhamento da Delegacia a gente tem aqui aquele livro de anotações e registra tudo registra os atendimentos orienta até com relação aos medicamentos, porque as vezes elas vem e não tem medicamento aqui tem médico que passa medicação que só tem no Coronel Mota, aí a gente orienta a voltar no outro dia às vezes os profissionais nem explicam a forma de usar, às vezes aquele medicamento, tem que tomar um remédio atrás do outro ou junto com outro e nem isso eles fazem não se dar o trabalho de fazer (AS 2).

Para as equipes de profissionais que estão na linha de frente do atendimento as crianças/adolescentes que sofreram violência, principalmente sexual (estupro, abuso sexual com sexo anal e/ou oral ou mesmo lacerações de pele e/ou mucosa, sangramentos etc.) que exigem o uso de medicamentos preventivos contra o vírus da imunodeficiência humana - HIV e doenças sexualmente transmissíveis - DST é uma tarefa árdua pois os medicamentos além de serem tomados muitos de uma única vez durante muitos dias

causam vários sintomas desagradáveis, diversos efeitos colaterais induzidos pelos mesmos (BRASIL, 2005, p. 29) e para tanto precisam ser bem orientadas no uso dessa medicação, sobretudo que sejam disponibilizados na rotina do atendimento. Conforme os entrevistados “a rotina de atendimento com relação a medicamentos e exames, muitas vezes não é feita nem sempre é dada pílula do dia seguinte, nem o AZT” (grifo nosso). Com relação a essa questão ressaltamos o seguinte depoimento:

[...] Fins de semana a gente tem algumas dificuldades pra esse atendimento [...] na questão de medicamentos por exemplo tem que fazer o teste rápido, o medicamento tem um peso se eu não me engano são 45 kg. É tipo se um kit, tantos comprimidos a partir de tantos quilos, só que quando chega uma adolescente aqui magrinha que ela está abaixo desses quilos estipulados, não tem uma dosagem menor aí a gente fica assim... como é que vai fazer, vai dar esse ? (AS 1).

O depoimento de outro profissional da mesma unidade de saúde é contraditório ao que foi exposto anteriormente,

Eu mesma que trabalho com isso, sou uma das responsáveis da parte médica pela violência sexual, há mais de um ano, já tem um kit violência sexual, com todas as medicações, está tudo bem organizadinho quanto a isso, tem a vacina já disponibilizada, tem tudo certinho (Me 1).

De acordo com as falas dos sujeitos supracitados o importante não é ter a medicação disponibilizada pelo serviço, é necessário que este atendimento seja integral em todos os seus aspectos, inclusive no acompanhamento do tratamento. A Norma Técnica que orienta a prática nos serviços de saúde, quanto à violência intrafamiliar (BRASIL, 2002) ressalta que a adesão ao tratamento é difícil e requer muita atenção por parte dos profissionais, não só para as crianças e/ou adolescentes, mas para seus responsáveis também já que, explicar minuciosamente sem deixá-los aflitos quanto ao uso dos remédios é uma tarefa bastante complicada. O depoimento seguinte mostra a dificuldade da profissional sobre a questão:

[...] Eu fiquei muito apreensiva, por causa de uma menina de 11 anos que eu atendi, que ela levou um ponto, ela recebeu um monte de medicamento pra tomar durante um mês, teve exame, um monte de comprimido, tinha que pegar resultado no Coronel Mota e eu não senti

muita firmeza na família pra fazer aquele tratamento com a menina, a mãe já tinha 6 filhos era uma coisa bastante complicada na família e essa menina me deixou impressionada logo que eu vim trabalhar aqui. Vim na UVE perguntar se tinha algum retorno, se eles sabiam se a menina tinha tomado medicamento ou se não tinha, se alguém falou alguma coisa, daí a resposta que eles me deram foi não, eu falei do caso específico dessa menina e eles disseram que não, não é dado nenhum retorno (AS1).

Segundo a Norma Técnica que trata da Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 2005) o uso de esquemas anti-retrovirais potentes (três ou mais drogas) está recomendado para todos pacientes em início de tratamento. Os esquemas de terapia dupla não estão mais indicados para início de tratamento e para os casos de co-infecção (HIV, tuberculose) sendo, entretanto, mantidos somente como opção de quimioprofilaxia em algumas situações de exposição ocupacional. A realização do teste anti-HIV (teste rápido) deve ser feito sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia com o objetivo de suspender a medicação anti-retroviral caso a sorologia seja negativa. A referida Norma ainda recomenda que a profilaxia com antiretrovirais seja iniciada em um prazo máximo de 72 horas, preferencialmente dentro das primeiras horas após o contato sexual de risco (Brasil, 2005, p.55).

Quanto ao sistema de registro e armazenamento das informações dos atendimentos realizados pelos profissionais nas unidades de saúde HCSA e HMINSN, foi relatado pelos entrevistados que existe um arquivo dessas informações, estas são registradas manualmente em prontuário individual e/ou livro. Ainda relataram que não existe um sistema padronizado, o acesso às informações é restrito ao paciente e a equipe e os dados não são utilizados para outros fins, apenas para estatísticas do setor. Foi ressaltado por alguns profissionais, que é no setor do Serviço Social que estas informações são armazenadas. Quanto aos aspectos mencionados, corroboram os seguintes depoimentos:

Não é padronizado, o acesso é restrito é só ao paciente e ao médico. A utilização é para estudos/estatísticas, mas pode sim, ser utilizado para pesquisa. Que eu saiba não tem nenhum trabalho a respeito, talvez venha a ter com o pessoal da residência, não sei, por enquanto não. O atendimento e a notificação é feito na ficha de atendimento da paciente, agora se tem uma notificação aí é lá no serviço social, só que elas tem um livro, o pessoal do serviço social tem um livro de registro, não fica

registrado na parte médica não, fica só na ficha de atendimento, ela é guardada e arquivada no SAME (Me 1).

É padronizado, o registro é manualmente. O acesso é restrito, se é feito algum tipo de estudo eu desconheço. A gente resolveu fazer um livro específico para atendimento de vítima de violência sexual porque a gente anotava tudo no mesmo livro de plantão, aí as vezes tentava localizar um atendimento e tinha que buscar lá naquele livro. Pra facilitar, a gente fez esse livro separado pra isso. Então ele serve pra gente saber quantos atendimentos foram feitos por mês e isso independe de final de semana ou a semana. Poderia ser utilizado como monitoramento desse atendimento (AS 1).

É padronizado o registro é manual. O acesso é fácil, utilizamos mais para estatísticas. A estatística ela é feita, dentro das notificações. Mas assim, um estudo de caso, pra poder tentar resolver, isso não é feito. Já vai além da gente aqui no hospital, a gente fica muito voltado para atenção da saúde física ali naquele momento, o acompanhamento e tudo é até feito, mas ambulatorial (Enf ).

É padronizado o registro é manual. O acesso é restrito. Não utilizamos para nada, teoricamente serviria para o planejamento. E aí uma coisa que sempre falo dado sem gerar conhecimento não é nada, é lixo. É juntar papel à toa, então acho que a gente tem dados e poderia usar isso, até porque você precisa desse dado, esse dado vai ser informação, pra gerar ação de planejamento, pra planejar pra poder transformar uma realidade, porque se não...(Me 1).

Não é padronizado o registro é manual. É fácil o acesso, utilizamos apenas para estatísticas. Essas informações são usadas muito mais pra registro, do que qualquer outra coisa, não é feito nada. Essas informações elas não são discutidas, elas não são publicadas. Existe o livro do serviço social, a gente registra os atendimentos no prontuário, mais assim, nem sempre, porque nem todo paciente também tem um prontuário, porque as vezes a paciente chega, na verdade nem é um o prontuário, é aquela ficha que se ela fica internada, é bem mais fácil pra gente. Mas se ela é atendida lá no acolhimento, fica aquela ficha de atendimento lá e depois a gente vem e pega. A gente anota tudo aqui no nosso livro (AS 2).

A notificação é um instrumento duplamente importante no combate à violência sexual contra crianças e adolescente, ela produz benefícios para os casos e serve de instrumento de controle da violência. O profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar casos confirmados ou apenas suspeitos de qualquer tipo de violência e desempenha papel vital nessa área. No entanto, o ato de notificar tem sido objeto de questionamentos por parte de algumas categorias profissionais. Geralmente realizada por

profissionais da Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE)<sup>53</sup> de cada instituição de saúde, este procedimento é realizado com dificuldades pelo setor, as quais foram apontadas em relatos principalmente dos profissionais do Serviço Social, aqui destacamos com mais detalhes:

É feita a notificação na UVE quando está aberta. E normalmente nos finais de semana, como eu só fico nos finais de semana e feriados, a UVE não funciona (AS 1).

A UVE agora à noite, por exemplo, não tá funcionando. Sábado e domingo ela não funciona, feriado ela não funciona, tá funcionando agora? Não tá. A gente até já colocou isso em reunião. [...] Aí o que é que acontece: a gente teve uns casos aqui em que crianças e adolescentes foram atendidos, onde não foi colhido sorologia para hepatite, para HIV, nada...não foi colhido sangue pra nada, porque a UVE estava fechada, então ela vem pra um atendimento e esse atendimento é incompleto.[...] eu acho engraçado porque parece que só quem atende violência é o assistente social e o psicólogo, o resto da equipe, todo mundo já sabe. O médico sabe, o enfermeiro sabe, o técnico em enfermagem sabe, todo mundo sabe, mas na hora ninguém sabe notificar, vai você pedir pra um médico fazer uma notificação, porque toda notificação tem ser pra o serviço social e pra psicologia? Eles não notificam (AS 2).

Ontem nós tínhamos aqui dentro o pessoal do serviço social e da psicologia a única coisa que não estava aberta era a UVE, mas firmou-se com a paciente, e é muito bem amarrado, pelo pessoal do serviço social e pelo pessoal da psicologia e também pelo médico, que volte para a UVE está fazendo as coletas dos exames, que os primeiros já são colhidos (Me1).

[...] Então a pessoa vem pra um atendimento mas ela tem que retornar no outro dia, pra fazer esta notificação, e pra você explicar pra família o que é uma notificação, a necessidade da notificação, porque pra eles é colher e tal e esperar o resultado sair do laboratório [...] (AS 2).

Devemos ressaltar que a notificação de casos de violência é um instrumento de proteção de crianças e de adolescentes. Nos atendimentos que não seguem essa orientação está previsto uma infração administrativa, tanto nos casos atendidos

---

<sup>53</sup> Importante ressaltar que durante esta pesquisa, não tivemos acesso aos dados quantitativos nos núcleos de vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado e do Município, por estarem em processo de reestruturação do sistema de informação, pois com a implementação da norma de notificação compulsória dos casos de violência sexual praticada contra criança e adolescente (Anexo 2), demandou uma atualização do registro das notificações realizadas nos anos anteriores e na atualidade, inclusive, não tivemos dados quantitativos oficiais dos casos confirmados de violência sexual notificados pelo setor da saúde para o estudo em tela.

por profissionais da área de saúde quanto da educação. Segundo o texto, é estipulado multa de três a vinte salários mínimos de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (Art.245 – ECA ,1990). Quanto a este aspecto legal, o Ministério da Saúde estabelece:

Os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde - SUS deverão notificar, aos Conselhos Tutelares da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes, por eles atendidos. (PORTARIA 1968/GM-MS, 2001).

A atuação dos Conselhos Tutelares<sup>54</sup> pode produzir mudanças em algumas dimensões da realidade social por meio de ações denominadas “práticas sociais”, isso ocorre por estarem inseridos em uma base territorial fixa e por possuírem uma relação estreita com a comunidade na qual estão inseridos. Entretanto na prática cotidiana dos serviços de saúde em Boa Vista-RR, nem sempre se tem constatado uma atuação eficaz dos Conselhos Tutelares, os quais também passam por dificuldades e limitações, comprometendo à proteção de crianças e adolescentes e contrapondo-se a doutrina de proteção integral preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA- (1990). Acerca dessas dificuldades, apresentamos o seguinte depoimento:

Quando não vem com notificação a gente notifica pro Conselho Tutelar, muitas vezes a gente notifica junto para o Juizado. Porque o Conselho Tutelar, várias vezes não foi resolutivo. A gente não tem uma contra referência (AS 2).

Na prática, sabemos que existem diversas dificuldades de ordem estrutural enfrentadas pelos Conselhos Tutelares no Brasil, uma vez que eles não estão implantados em todos os municípios e, onde instalados, muitas vezes funcionam com precária

---

<sup>54</sup> Previstos no Título V do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (1990), o Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. O ECA estabelece a criação de um Conselho Tutelar por município, porém o Conanda recomenda um Conselho a cada 200 mil habitantes. Esses órgãos devem ser compostos por cinco conselheiros que são eleitos para o mandato de três anos com direito a uma recondução, a eleição dos mesmos ocorre por meio de voto direto e facultativo (Art. 133).

infraestrutura. Ademais, a sobrecarga de trabalho faz com que o Conselho priorize os casos de maior gravidade e risco a eles notificados. Pesquisa desenvolvida por Silva e Vargas (2004) constata, também, a necessidade de melhor capacitação por parte dos Conselheiros, especialmente diante da responsabilidade do papel destes em lidar com grupos mais vulneráveis.

Entendemos que uma das medidas para que o atendimento seja realizado de acordo com os pressupostos legais, normas e protocolos estabelecidos na legislação vigente, é necessário capacitação continuada dos profissionais envolvidos. Analisando as entrevistas, verificamos que há fragilidade no processo de capacitação dos profissionais, observemos as falas:

Acho que não existe uma capacitação satisfatória pra estes profissionais. Existem profissionais que não sabem o que fazer ou que não fazem o procedimento correto ou pela metade, acho que essa é a grande questão: capacitação profissional pra isso (Psi).

Durante este período que estou aqui eu nunca fui capacitada pela Maternidade para fazer este tipo de atendimento (AS 1).

Eu mesmo não tenho, eu nunca fiz nenhum curso em relação a isso e assim, a gente tem realmente dificuldade pra poder tá lidando com esses casos, por isso que a gente passa pra o serviço social, que eles já têm mais costume mesmo de está atendendo, mas eu acredito que nem eles tenham essa capacitação, assim, extracurricular (Enf ).

Eu participei de capacitação, mas não foi o Estado que me ofereceu, foi o Município que ofereceu, eu não sei se mais alguém participou (AS 2).

Diante dos depoimentos, fica claro a necessidade urgente de investimento em capacitação de recursos humanos como processo continuado na qualificação desses profissionais. A ausência dessas ações refletem diretamente no despreparo do profissional para realizar um atendimento adequado. Em consonância com esta questão, a fala a seguir comprova esta necessidade:

Acho que se a gente der um pouco mais de atenção, enquanto profissional, de abertura pra que a criança consiga, porque é uma violência, por ser uma violência a criança se intimida com isso, ela se fecha, se a gente não tiver um olhar atento, se a gente não tiver uma postura pra isso a criança acaba guardando por medo de ser rejeitada ou de ser punida. [...] porque normalmente não se dar crédito a criança quando ela está falando até por proteção ao parceiro ou agressor,

dependendo do parentesco que este agressor tem com a criança ou com a mãe da criança que é normalmente responsável por ela (Psi).

Entende-se que o atendimento realizado pela equipe profissional deve envolver tanto a criança/adolescente quanto sua família. O atendimento e acompanhamento de crianças e adolescentes com confirmação de violência sexual e dos familiares foi revelado pela maioria dos profissionais que este procedimento não é realizado pelas unidades de saúde investigadas. Nas falas a seguir, contribuem à referida questão:

Aqui não. Aqui a gente é um hospital de criança. A gente não tá cuidando de familiar, mas o SEV faz esse serviço. Quando a gente encaminha é para o SEV lá a criança é institucionaliza e eles acompanham (Psi).

O atendimento, o único atendimento, é aquele que quando eles chegam, a gente conversa com eles, os orienta, mas fora isso, não existe atendimento a família (AS 2).

Os familiares também tem o acolhimento pelo serviço social, e elas fazem o encaminhamento também para o serviço de psicologia. Esse acompanhamento psicológico não é feito aqui no hospital é encaminhado para o centro de referência e aí não sei mais, só sei que vai pra algum lugar (Me 2).

Todas estas pacientes pelo menos quando passam por mim, são orientadas a darem seguimento, pois isso é uma patologia e vai trazer consequência pra vida futura dessa adolescente ou da criança. Elas são encaminhadas por mim pelo menos ao SAE, que é o serviço de atendimento especializado, lá tem uma psicóloga, não que as outras não sejam, mas lá é bem direcionada ao amparo da vítima sexual, então eu encaminho todos pra o SAE, que é no Hospital Coronel Mota. Os familiares normalmente são tratados iguais, também tá sendo vítima, também é encaminhado (Me 1).

O atendimento familiar deve pautar-se, em primeira instância, na forma educativa, orientando acerca de estratégias para a solução das dificuldades de relacionamento entre seus membros, uma vez que os serviços de saúde tem acesso às famílias e podem ser sentinelas para a prevenção e detecção de diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes.

Nesse particular, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências<sup>55</sup> (Portaria 1968/GM-MS, 2001), determina:

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias” (PORTARIA 1968/GM-MS,2001,p.34).

A descontinuidade (fragmentação) do atendimento faz invisibilizar outras dimensões das necessidades de saúde da criança e da adolescente em situação de violência, fazendo com que as reais necessidades sejam negligenciadas devido à escuta e ao olhar limitado pelo enfoque da clínica da saúde pública clássica, o que dificulta uma assistência em consonância com os pressupostos da política de saúde em vigor no país. Esta implica outros procedimentos, além do pronto atendimento clínico, como o reconhecimento da necessidade de proteção e o encaminhamento adequado para outras instituições da rede de atendimento, além do acompanhamento do caso por parte da equipe multiprofissional de saúde de cada Unidade.

#### **4.5.3. Articulação da rede de proteção à criança e adolescente em situação de violência sexual em Boa Vista-RR**

Quando se fala em rede, quer dizer que a rede está dentro de um sistema e que ela está prevista para atingir um determinado objetivo. Rede é pacto e, sendo assim, não se constrói rede sem conflito, sem divergências (FALEIROS, 2005). Segundo este autor, rede é um processo que implica pactos, “se eu não abro mão de nada, não existe rede, pois a rede significa o compartilhamento pactuado [...] por isso não se faz rede por decreto”. Isso quer dizer que a rede é formada por um conjunto de atores e ela começa,

---

<sup>55</sup> A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (2001), baseia-se nos princípios da saúde como direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; no direito e no respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde; e na promoção da saúde como fundamento de planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. Toma como estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária. E define diretrizes para o setor saúde, identificando responsabilidades institucionais na abordagem das questões, destacando-se a prioridade das medidas preventivas, capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

exatamente, com o reconhecimento desses atores. Os profissionais entrevistados apontaram que é difícil trabalhar em rede, referindo-se principalmente, quanto à articulação institucional com os demais atores que integram a rede de proteção em Boa Vista-RR. Quanto aos encaminhamentos realizados às crianças e adolescentes em situação de violência sexual e seus familiares, após o atendimento realizado na unidade de saúde, os profissionais apresentaram as seguintes respostas:

[...] Com relação a encaminhamento pra atendimento noutro equipamento, por exemplo, a gente não faz não. É só orientação, porque a gente acredita que a Delegacia vai fazer, mas a gente não encaminha. E não existe retorno das informações (AS 2).

No término da parte médica a gente encaminha pra o Serviço Social, o Serviço Social vai tomar as providencias e fazer os encaminhamentos necessários. O médico muitas vezes já encaminha também direto pra o instituto médico legal. De um modo geral não há um retorno pra o médico. O médico que atende na urgência, aquele problema está resolvido, entre aspas... Resolveu a demanda de emergência. Esse paciente, ele na maior parte das vezes, é encaminhado ao ambulatório para dar seqüência ambulatorial. Se tiver alguma dor física ou alguma coisa que foi identificada, ele vai parar num ambulatório médico e aí vem pra mim. [...] Se não tem nenhuma lesão física, se não vai usar medicação, se não tem nada, mesmo assim ele vai ser acompanhado pelo ambulatório de psicologia, pode ser referenciado pra fora, ele vai ser acompanhado pelo Serviço Social e aí a gente não tem mais retorno na parte médica (Me 2).

Eu nunca recebi retorno nenhum de atendimento que eu tivesse feito, inclusive uma vez, logo quando eu vim trabalhar aqui uma coisa que me deixou muito angustiada, foi essa questão do atendimento a vítima de violência sexual. Ela chega aqui a gente atende. Mas e aí, e depois? Infelizmente eu acho isso angustiante, da gente não saber depois o que acontece, mas é assim. Então, é assim que funciona (AS 1).

Falar em Rede é contar com ações para o atendimento das demandas e contar com profissionais em número suficiente e capacitados para exercerem suas atividades de modo competente, voltando-se para uma ação coletiva, ainda que o atendimento seja individual. Todavia, a Rede pode ser adotada como um modelo e funcionar com diferentes núcleos, tendo como diretriz o envolvimento da família, comunidade, escola, unidade de saúde e dos projetos de cultura, esporte e lazer, dos serviços de assistência social e ainda do Ministério Público, do Juizado a Infância e Juventude, da Defensoria Pública, das Organizações da Sociedade Civil, da Delegacia de Proteção, dos empresários e da sociedade de modo geral (SILVA E VARGAS, 2004), segundo as autoras, a função da

Rede é fortalecer o processo participativo aliar de forma coletiva as ações desenvolvidas na proteção de crianças e adolescentes, afirmar ou redefinir as competências de cada uma das instituições envolvidas, sobretudo, apresentando um significado novo às práticas desenvolvidas, articulando os objetivos específicos de cada uma para um objetivo comum a todas. O depoimento a seguir retrata a seguinte realidade:

Aqui a gente não tem o retorno das informações até o que o serviço social faz aqui morre aqui. A gente não tem uma contra-referência daquilo que aconteceu a gente não sabe se a menina saiu daqui e morreu na esquina. Porque a gente não trabalha em rede, sabe que existe, muda de nome, fala que tem, mas não trabalha. A gente não tem essa continuidade do atendimento (AS 2).

A fala denuncia que a Rede existe, mas não funciona. Amplia-se, com isso, a problemática da precariedade do atendimento em Rede. A precariedade vem acompanhada dos problemas relativos ao despreparo dos profissionais acerca do conhecimento da concepção de atendimento em rede e das atribuições das demais instituições. Outros profissionais ratificaram que não realizam o trabalho em Rede: “a gente não faz acompanhamento, fica mais lá pra o Conselho Tutelar mesmo, pra Delegacia, com a gente não” (Enf); “a gente não faz muito essa coisa de trabalhar com outras instituições, de trinta casos que tivemos, se a gente articulou com outras instituições dois casos desses foi muita coisa” (AS2). Esses relatos apresentados, corroboram que o atendimento realizado pelas instituições investigadas é pontual, fragmentado e desarticulado, ou seja, é realizado um “atendimento paliativo, muito pontual [...] é só dentro da instituição, não existe retorno dos casos encaminhados” (AS1). As falas evidenciam a ausência de fluxo intersetorial e de diálogo, sobretudo dos desdobramentos dos casos notificados e de suporte psicossocial. Isso aponta à fragilidade do atendimento que é realizado na área da saúde em Boa Vista-RR. O próximo depoimento comprova a visão de outro profissional sobre a questão:

[...] É muito fácil chegar a um evento e falar que o Estado tem uma Comissão de Enfrentamento da Violência Sexual, se os próprios equipamentos do Estado não fazem parte dessa comissão. Daqui da Maternidade, que eu tenha conhecimento, do serviço social e da psicologia, por exemplo, que é quem mais demanda os atendimentos, depois do pessoal que atende lá na frente, a gente não sabe, nunca viu,

nunca fez parte, nunca nada. Aí diz lá que nós temos uma rede de enfrentamento à violência, cadê essa rede que não chegou aqui ainda? Então assim, não tem continuidade do trabalho (AS 2).

Dessa forma, tendo referência os depoimentos citados anteriormente, o diálogo intersetorial é fragilizado, o atendimento não é realizado na perspectiva de rede, embora esses profissionais reconheçam que na construção do trabalho em rede seja imprescindível superar o trabalho setorizado e verticalizado, com vistas a efetuar constantemente a comunicação e a troca de informações. Esse panorama é preocupante, pois promove a desarticulação do Sistema de Garantia de Direitos de crianças e adolescentes que estão em situação de violência sexual. O atendimento que está sendo realizado pelas unidades de saúde são incompatíveis com os marcos legais, sobretudo com Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA- (1990), que no Artigo 86 preceitua que a “política de atendimento dos direito da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito federal e dos municípios.

Com isso torna-se indispensável à reflexão e análise dos “nós” da rede de proteção e aqui reportamo-nos a Rede de Enfrentamento ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes do estado de Roraima, principalmente no reconhecimento dos atores que participam da construção das relações que institucionalizam e fortalecem os sistemas, aqui, no caso, o Sistema de Garantia de Direitos. É impossível pensar um trabalho em rede sem ter a comunicação e a articulação dos atores, bem como a necessidade da mobilização e articulação permanente dessa rede.

Isso impede o avanço da metodologia do Programa Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil- PAIR- em Roraima. Esse Programa é pautado no desenvolvimento de tecnologias e metodologias conjuntas com os diversos setores envolvidos, assentado na Doutrina da Proteção Integral da criança e do adolescente, tendo por base os eixos do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil. Essa metodologia de articulação de políticas e de intervenção de redes é uma construção coletiva, onde crianças e adolescentes precisam ser ouvidos, integrados. São eles que devem ser reconhecidos nas ações de saúde, assistência social, educação, esporte, lazer, justiça e saber que em caso de necessidade, tanto o Sistema Único de Saúde, como todos os outros serviços, deverão estar próximos e acessíveis, assim garantindo um atendimento em Rede.

#### 4.5.4. Limites e desafios da saúde no enfrentamento da violência sexual

Historicamente o Sistema Único de Saúde - SUS - constitui uma das propostas mais democráticas e revolucionárias na área da saúde na sociedade brasileira, sua consolidação enfrenta desafios diversos, principalmente na abordagem da violência sexual contra crianças e adolescentes, pois não se trata de intervir apenas com ações focadas no atendimento imediato às pessoas em situação de violência e sim de incrementar propostas voltadas para a prevenção e acompanhamento, indo além de uma dimensão curativa desse fenômeno.

Quando analisamos os depoimentos dos profissionais entrevistados, em relação aos limites e desafios da saúde no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, encontramos nos discursos alguns aspectos similares, como a capacitação continuada dos profissionais, infraestrutura, estruturação e consolidação de um atendimento interdisciplinar e intersetorial, além de comprometimento político dos gestores. Aqui destacamos alguns relatos:

Na minha opinião é a qualificação dos profissionais. Tem profissionais que eles não fazem por mal, mas não sabem mesmo. Porque embora alguns, assim como eu, não tenha tido uma capacitação definitiva, mas a gente tem mais entendimento, já trabalhou em outros lugares com criança e adolescente em situação de risco, eles não. Então, a gente tem uma noção maior do que deve e do que não deve ser dito, isso é um desafio. Eu penso que a questão do atendimento humanizado é outro desafio, porque já há alguns anos se fala em humanização, mas falo hoje em dia, porque aqui na Maternidade isso é novo. Fala de um atendimento humanizado e tudo, mas como? Como que seria esse atendimento humanizado com a adolescente em situação de violência sexual, o que teria que ser oferecido pra ela na hora do atendimento? Vejo um desafio também (AS 1).

[...] Preparar os funcionários da saúde para o atendimento, pra suspeita, pra caso de confirmação. Preparar as farmácias dos hospitais pra oferta da medicação adequada, pra que essa pessoa não tenha que ficar andando de posto em posto pra pegar remédios, a pílula do dia seguinte e ficar mostrando a receita em todo lugar, isso expõe. A gente tem que ter salas de acolhimento, a gente tem que ter profissionais capacitados a gente tem que ter referência e contra- referência [...] (AS 2).

De acordo com o Ministério da Saúde recomenda-se que os casos de violência sexual sejam atendidos nos serviços de atendimento secundário, considerando que as

instituições que compõe esta pesquisa estão inscritas neste nível de atenção, é compreensível que entre as primeiras necessidades de saúde a serem identificadas estejam àquelas relacionadas à dimensão biológica, imediato-emergenciais, mas o enfoque deve ser de um atendimento integral, que perpassa as dimensões biológica, psicológica, social, histórica, ou seja, é necessário um olhar interdisciplinar nesse atendimento, apoiando e dividindo dúvidas e decisões no dia a dia entre os profissionais das diversas áreas. Acerca desse tema, apontam os entrevistados:

Acho que o maior desafio mesmo do SUS é conseguir montar essas equipes interdisciplinares. Que as pessoas entendam que a criança realmente, muitas vezes ela é vítima e temos que aceitar isso, muitas vezes o profissional nega. Cada um deve entender seu papel dentro da equipe e exatamente por ser equipe, ela tem que ter um momento de se juntar, de discutir, ao menos as pessoas que são referência (Me 2).

[...]. O colega que faz o atendimento, nem sempre é o colega que vai acompanhar depois. Como é esquema de plantão a gente acaba se perdendo dessa paciente (ME 1).

A concepção sobre equipe de saúde expressado nos depoimentos acima, versa sobre o trabalho em conjunto de forma integrada, constituindo-se como um aspecto importante na prática profissional, isso revela uma carência que é produzida no trabalho de assistência à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual nas unidades investigadas.

É fundamental que as ações da saúde alcancem a consolidação do atendimento interdisciplinar, principalmente no que tange ao conjunto de ações articuladas com o envolvimento dos programas de saúde, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família que sua importância no enfrentamento da violência foi destacada na fala a seguir:

A gente fez uma pesquisa no ano passado, pra saber se os profissionais de saúde da atenção básica estavam preparados para o atendimento as vítimas de violência porque se você for procurar não tem violência na atenção básica. Porque não tem? Aí eles falaram pra gente que realmente não estavam preparados pra atender. Então, assim, preparar os agentes de saúde, para o atendimento, para a suspeita, para caso de confirmação de violência, é necessário (AS 2).

Outro aspecto ressaltado foi o comprometimento político dos gestores das políticas públicas, vejamos as falas:

O desafio do SUS é político, está muito além da gente é política pública que a gente precisa. Executamos o que nos é permitido, mas está muito acima da gente. A questão da divulgação de massa, formação da massa mesmo, a gente faz o papel até onde nos é permitido fazer, até onde alcançamos (Psi).

O SUS tem uma teoria maravilhosa pra tudo, só que na hora de você botar em prática é mais complicado, a gente tem toda uma dificuldade, a saúde pública em geral no Brasil. Eu acho que é dos políticos mesmo, força de vontade política pra poder tá conseguindo melhorar esse lado aí, porque a gente mesmo fica de mãos atadas, o que a gente pode a gente faz pra melhorar. Político envolve um monte de coisa, porque lei de punição tem, mais é complicado pra dizer, não pelo SUS, porque ele consegue receber e dar um atendimento. Agora, o acompanhamento, a punição, essas coisas ficam difícil da gente fazer. Se a gente tivesse um pouco mais em cima das autoridades, pra pedir uma punição, uma coisa mais energética, uma política pública voltada exatamente pra isso, seria uma prevenção, pra poder as pessoas também terem mais coragem pra buscar, porque tem muita violência que acontece que a gente nem se dar conta (Enf).

Padrões de comportamento socialmente aceitos, valores morais etc. variam de acordo com as diversas culturas, nesse sentido, na perspectiva de uma profissional um elemento que contribui na prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes perpassa pela questão educativa de limites e acompanhamento que pais e responsáveis devem ter sobre seus filhos ou dependentes:

[...] A maioria dos casos que eu atendi eram meninas menores de 18 anos que estavam em situações, locais, pouco recomendados para essa faixa etária. Penso que era pra família ter um pouco mais de controle sobre as vidas dos filhos, porque se você não sabe onde é que tua filha adolescente está como é que você vai controlar? [...] Elas ficam muito por conta, tudo muito da cabeça delas. É uma questão de controle da família (AS1).

É imprescindível ao profissional que atua no enfrentamento à violência sexual praticada contra crianças e adolescentes trabalhar suas próprias resistências (preconceitos) e limites emocionais, para que isso não venha comprometer o processo de atendimento às pessoas vitimizadas. Nesse sentido destacamos a seguinte fala:

[...] Mas porque é que uma menina de 14 anos fica na rua 2 horas da manhã. Não justifica isso sim, contribui, favorece o favorece o negócio. [...] As mulheres adultas, as que chegaram aqui que eu atendi, a maior parte estava envolvida com bebida alcoólica, não tem parceiro fixo, já vinha numa situação de promiscuidade. Pega carona com qualquer um

já sai...então, falta um pouco de discernimento da sua própria vida também, valores morais, sabe?[...] Eu penso que fica tudo muito banalizado e aí uma violência sexual acontece. As vezes, ela não imagina quando elas saem com um cara, num programa como esses...elas acham que vai ser um programinha.Daí chega lá na hora o cara bate, faz e acontece, como já aconteceu de eu pegar uns casos aqui, assim: “ eu peguei uma carona que tinha que só dar um beijo, mas aí começou a se empolgar e tentou me bater”. Oh, fala sério! Então, assim, é uma falta de discernimento e de controle, é o que eu penso ( AS 1).

Aqui no Norte as pessoas se esquecem de se preparar pra vida profissional, então acaba existindo a prostituição, o abuso sexual. Tudo isso que acontece aqui, não que o índice seja absurdo, mas é muito maior do que eu vivenciei no sudeste, aqui é bem maior, pela própria estrutura mesmo em oferta de trabalho, então isso gera muito (Me1).

A possibilidade de promover ações intersetoriais pelo Sistema Único de Saúde – SUS é um desafio destacado pelos profissionais entrevistados. Como exemplo, a interseção com a política de educação desafia o papel pedagógico do SUS nessas ações. Acerca desse assunto destacamos os seguintes depoimentos:

[...] É um desafio do SUS... a saúde é igual assistência social, perpassam outras políticas, então a gente tem saber trabalhar articulado com as outras políticas [...] (AS 2).

O trabalho dentro da escola é uma coisa difícil, demanda toda uma estrutura, mexe com outras áreas que é a educação, é difícil trabalhar em um estado onde o indígena tem uma cultura que é diferente da do branco e é permitido o abuso e tem que se respeitar. Então, é uma coisa muito embaralhada... O grande desafio do SUS com a violência sexual é trabalhar a base disso, a educação, a integração saúde-educação [...]. A realidade da gente na Maternidade, aqui em Boa Vista, é muito melhor do que eu vi lá fora, acho que a cumplicidade de todos os órgãos é muito grande a vontade é imensa de todos os órgãos. O nível básico disso, o alicerce é muito difícil, a prevenção é muito difícil. Não adianta você trabalhar no atendimento, ele é muito bem feito é muito melhor do que eu vi lá fora (Me 1).

[...] Educação em saúde. Talvez trabalhar o tema da violência com a população pra que os casos na verdade não diminuam, eles apareçam, pra depois a gente fazer um processo inverso (AS2).

Sem dúvida os depoimentos acima mostram que a educação é o ideal para prevenção, intervenção e enfrentamento do fenômeno da violência, tanto pelo potencial da escola em ser um espaço fundamental para detecção de violência contra crianças e adolescentes, por sua capacitação única de contato direto com público infanto-juvenil e

suas famílias e pela atuação dos professores que muitas vezes são os primeiros a suspeitarem dos sintomas físicos e emocionais provenientes dos casos de violência sexual. O depoimento a seguir corrobora esta questão:

Acho que prevenção e informação. Mais informação nas escolas sobre isso, uma maior abertura dos familiares com relação as crianças [...] acho que se a gente começar a prevenir, nesse sentido de informar, quais são os pontos, os comportamentos padrões da violência, acho que a gente poderia prevenir (Psi).

Vale lembrar, ainda que um dos principais objetivos da escola consistem em ampliar conhecimentos de seus atores sociais (alunos e professores), devendo ser um espaço de produção de saber, questionamento e aprofundamento de toda e qualquer questão que seja do interesse dos/as alunos/as. Nesse sentido, o Programa Escola que Protege<sup>56</sup> (2008), em consonância com Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (2000) e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), prevê a organização do processo de inserção do sistema de educação no conjunto das ações de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes e visa estreitar as relações com as redes locais de atenção, defesa e responsabilização, por meio de um conjunto de ações articuladas que permitem intervenção técnica, política e financeira em situações de violências identificadas ou vivenciadas no ambiente escolar.

Romper o ciclo da violência que envolve os crimes de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes foi uma questão citada por alguns dos entrevistados como um desafio. Vejamos os depoimentos:

[...] Eu acho que tinha que dar pena de morte, pra quem fizesse isso com a criança, eu sou radical é cadeia e é pra ficar lá mofando, entendeu?

---

<sup>56</sup> O projeto Escola Que Protege é voltado para a promoção e a defesa dos direitos de crianças e adolescentes, além do enfrentamento e prevenção das violências no contexto escolar. A principal estratégia é o financiamento de projetos de formação continuada de profissionais da educação da rede pública de educação básica, além da produção de materiais didáticos e paradidáticos nos temas do projeto. O projeto incentiva a discussão e o debate junto aos sistemas de ensino para que definam um fluxo de notificação e encaminhamento das situações de violência identificadas ou vivenciadas na escola, junto à Rede de Proteção Social; e defende a integração e articulação dos sistemas de ensino, dos profissionais da educação e, em especial, dos Conselhos Escolares à Rede de Proteção Integral dos Direitos de Crianças e Adolescentes. São atendidos os municípios que incluem o tema da promoção e a defesa, no contexto escolar, dos direitos de crianças e adolescentes e enfrentamento e prevenção das violências no seu Programa de Ações Articuladas (PAR); apresentem baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) ou fazem parte da Matriz Intersetorial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Também são contemplados aqueles que participam dos seguintes programas: Mais Educação; Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças no Território Brasileiro (PAIR); e Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI). Informações disponíveis em: <<http://www.mec.gov.br>> Acesso em: 05/11/2010.

Porque o cara é preso e daqui um tempo ele é solto e volta de novo a abusar da criança. A nossa lei é muito falha nesse sentido, tem muitas brechas ela defende muito mais o bandido do que a vítima (Enf).

[...] A violência está crescendo na internet, tá crescendo em tudo que é coisa, em tudo que é canto. [...] Vou falar de Roraima, não sei em outros lugares, mas a gente não trata os agressores, a gente prende ele, quando prende, não é tratado, depois quando ele sai ele vai fazer de novo a mesma coisa, então a gente sabe que a questão da violência é um ciclo...eu não tenho uma resposta fechada não.[...] No sistema prisional é preciso ter o atendimento de saúde, a gente tem que ter equipe de saúde mental lá, tem que ter psiquiatra, tem que ter psicólogo, tem que ter assistente social pra atender também os agressores.[...] A justiça tinha que mandar realmente punir os agressores, mas não falo punir de prender, falo de tratar quem precisa tratar, prender quem precisa prender (AS2).

É evidente que este tema é considerado polêmico e infelizmente as propostas de abordagem para tratamento do agressor ainda não é uma realidade no nosso país. Temos avanços significativos na legislação brasileira para a punição do “suposto” agressor, que por lei, é submetido a processo judicial ao ser revelada a prática de violência sexual, entretanto a condenação do agressor é entendida de forma ampla pelos profissionais. Sendo assim, acreditamos na condenação do agressor baseada numa responsabilização civil pelos atos praticados, sem “a conotação de pagar pelos erros cometidos” (CRAMI, 2009, p.32) nesse sentido, o agressor que normalmente apresenta patologias psicossociais precisa de punição, primordialmente de acompanhamento (tratamento) também.

Portanto, baseado nos relatos dos entrevistados, é perceptível a necessidade de um comprometimento real dos gestores e de profissionais para o fortalecimento do sistema de segurança/judiciário, sobretudo do Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes, vislumbrando os limites da saúde no enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. A consolidação de um atendimento interdisciplinar e intersetorial é um desafio reconhecido pela maioria dos profissionais entrevistados, uma vez que este atendimento com essa perspectiva amplia a operacionalização das ações. A adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, bem como, a construção e consolidação das parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais é primordial a esse atendimento. Sob o olhar dos profissionais de saúde, ter uma gestão comprometida com o amplo e diversificado conjunto de ações articuladas é uma exigência para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em Boa Vista- Roraima.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema desse trabalho pretendeu relacionar a violência sexual infanto-juvenil com a política pública de saúde. Nessa relação, buscou-se examinar o modo como se efetivam os direitos da criança e do adolescente preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990), por meio do atendimento realizado em dois serviços de saúde no município de Boa Vista-RR: Hospital da Criança Santo Antônio e no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré.

Pesquisar a questão da violência sexual contra crianças e adolescentes exige um olhar multifacetado, vislumbramos as dimensões sócio-histórica, econômicas, culturais e legislativas que perpassam a problemática, o que possibilitou apreendermos neste estudo as dificuldades de conceituação, os avanços e os limites no que tange a legislação, o atendimento e o provimento de políticas públicas.

A violência passa a ser reconhecida como parte da agenda da Saúde Pública a partir dos anos 1990, fundamentalmente, pelo crescente número de mortes e traumas que provocava na sociedade. A Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS, em 1994, priorizou este tema, na elaboração do seu plano de ação, juntamente com os governos na execução de ações interinstitucionais a fim de prevenir as conseqüências fatais e os agravos à saúde relacionados à violência.

Mesmo tendo a legislação avançado bastante com relação aos direitos da população infanto-juvenil, ainda nos deparamos com formas cruéis de violência contra crianças e adolescentes. O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (2000), aprovado pelo CONANDA, faz parte do conjunto de instrumentos de defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e aponta para a criação, fortalecimento e implementação de ações e metas articuladas que assegurem a proteção integral à criança e ao adolescente em situação ou risco de violência sexual. É preciso atualizá-lo e apoiar a elaboração de planos locais de enfrentamento, monitorar as ações planejadas e avaliar sua eficácia visando perspectivas futuras.

Neste estudo, foi possível identificar as especificidades desse fenômeno em seus diversos aspectos, a fragilidade de articulação da rede de proteção de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, bem como os limites e desafios do SUS no

atendimento e enfrentamento das situações de violência sexual na cidade de Boa Vista-Roraima.

É importante destacar que as entrevistas realizadas com os sujeitos desta pesquisa proporcionaram informações e contribuições à apreensão e análise da problemática no âmbito nacional e local. Apontaram criticamente as dificuldades encontradas no cotidiano profissional, demonstraram o compromisso com o usuário e ainda identificaram os desafios e oportunidades de melhorias para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual. A pesquisa apresentou que a problemática da violência sexual contra crianças e adolescentes é considerada uma grave violação do direito à liberdade sexual e à integridade física e psicológica e o direito a um atendimento integral, o qual está sendo negligenciado, principalmente, pela dificuldade de articulação com o Conselho Tutelar, órgão estratégico no Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.

Para tanto, a priorização de uma intervenção que tome a família como foco da atenção ainda é um ideal a ser conquistado pelo SUS, as limitações da modalidade de interação profissional, relatadas pelos entrevistados, impedem uma visão sistêmica e restringe o atendimento realizado pela equipe de saúde apenas às necessidades orgânicas imediatas, o que não correspondem à doutrina da proteção integral preconizada no Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (1990).

Tal enfoque precisa ser traduzido na assistência à saúde, a um atendimento integral, o que requer um processo de trabalho orientado pelo pensamento dialético, que envolve o atendimento nos níveis da promoção, proteção e recuperação da saúde mediante a identificação e o atendimento às necessidades ampliadas de saúde de crianças, adolescentes e famílias em situação de violência sexual.

Reafirmamos que um atendimento considerado integral, requer a superação da modalidade de interação profissional, para a dimensão interdisciplinar e intersetorial, que consta como diretriz na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes (2001) na qual, esse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de ações entre o setor saúde e áreas como, jurídicas, de segurança, educação, assistência social, e outras. Isso significa dizer que instauram-se mais desafios, sobretudo mudança na capacitação e formação de recursos humanos em saúde que discuta e construa um projeto profissional articulado com um projeto de sociedade, que este tenha em pauta

respostas concretas na garantia de direitos dos sujeitos com os quais lidam no seu cotidiano profissional.

Os desafios postos para o SUS, na perspectiva dos profissionais entrevistados, perpassaram por vários temas. A capacitação profissional continuada emergiu com bastante força, especialmente no que tange a questão da violência sexual infanto-juvenil. A insuficiência de informações e de formação específica a essa temática faz com que muitos profissionais tenham que agir de acordo com a maneira com a qual enxergam esse fenômeno, muitas vezes permeados por preconceitos sociais, em contradição com os princípios da política de atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Entretanto, sabemos que a mudança de concepções não é automática ao esforço de qualificação, porém sem dúvida é importante ser considerada.

O registro e notificação dos casos de violência sexual na área de saúde foi bastante relatados pelos profissionais, no sentido de definir quem realiza esses procedimentos. Para tanto, mesmo realizando o atendimento específico em sua área de atuação, as situações de violência sexual que chegam até eles se não efetuarem a identificação formal desses casos, contribuirá para que a violência contra crianças e adolescentes continue invisibilizada. A baixa notificação e registro das situações de violência sexual dificultam a reunião de informações sobre o problema e com isso inviabiliza subsídios ao planejamento de ações futuras para o seu enfrentamento.

A complexidade do fenômeno da violência sexual infanto-juvenil exige articulação e integração efetiva de políticas, conforme prevê o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes, para tanto faz mister que as ações da saúde alcance a consolidação do atendimento interdisciplinar e intersetorial, que este seja numa perspectiva de rede, por meio da articulação da saúde com as outras políticas setoriais fomentando espaços de diálogo entre os gestores e as diversas equipes profissionais e que estas explorem o tema e busquem estratégias de enfrentamento. Pois, a falta de articulação entre os segmentos que compõem o SGDCA expresso nas falas dos profissionais, fortalece a invisibilidade deste fenômeno e conseqüentemente não se consegue cumprir funções de fiscalização e resolução de casos de modo articulado.

O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente só funciona quando além da parceria formal há um diálogo presente no cotidiano das instituições que o compõem. Importante destacar que neste aspecto o Serviço Social das unidades de

saúde pesquisadas, corroboram com articulação e entrosamento com outros órgãos envolvidos nesse atendimento, mas fazem um alerta quanto à necessidade de intervenção médica nas ocorrências de violência sexual sejam resolutivas durante o atendimento.

Cabe ainda destacar a importância do envolvimento dos programas de saúde no enfrentamento da violência sexual, nesse sentido faz mister o programa o Programa Saúde da Família na rede de atendimento, pois possui uma posição privilegiada no diagnóstico dos casos de violência intrafamiliar, tendo em vista as suas características essenciais, principalmente o foco de atenção na família e não no indivíduo e prioriza a prevenção e a integração com a comunidade (BRASIL, 2002).

Portanto, é necessária a articulação entre a atenção hospitalar e a atenção primária, especialmente porque as crianças e adolescentes em situação de violência sexual retornarão ao convívio familiar após a alta hospitalar, o que requer, além do acompanhamento do Conselho Tutelar, assistência permanente pelos profissionais do Programa de Saúde da Família.

Consideramos que estes elementos no seu conjunto expressam sob o olhar dos sujeitos, a realidade dos serviços públicos de saúde no Brasil e especialmente, em Boa Vista - RR, nesse sentido pretendemos contribuir através dos resultados desta pesquisa como subsídios para a discussão nos serviços de saúde, no que diz respeito à identificação, atuação e prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes. Isto se justifica, por acreditarmos que qualquer proposta deste tipo deve considerar as posições, as interpretações e as alternativas que os profissionais possam apresentar diante desta problemática.

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2. Ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1978.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para orientação de agentes comunitários de saúde na abordagem da violência intrafamiliar**. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. Brasília: Ministério da Justiça, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/93**. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 737 de 16.05.01. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais – um passo a mais na cidadania em saúde**. Normas e Manuais Técnicos, série A, nº 167. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a violência contra a mulher – orientações práticas para profissionais e voluntários (as)**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde**. Brasília, DF, 2001.

BRAVO, Maria Inês de Souza (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: UERJ: Cortez, 2004.

BRUM, Argemiro. **Desenvolvimento Econômico Brasileiro**. 23ª ed. Petrópolis, Ijuí (Unijuí): Vozes, 2005.

COHEN, C. O Incesto. In: GUERRA, V.N. DE A.; AZEVEDO, A.M. **Infância e Violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 5ª ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009.

DALKA, C.A. Ferrari, Tereza C. C. Vecina (orgs). **O Fim do Silêncio na Violência Familiar: teoria e prática.** 3<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Ágora, 2002.

DEL PRIORE, Mary. **História das Crianças no Brasil.** 6<sup>a</sup> ed. Editora: Contexto. São Paulo, 2009.

FALEIROS, Eva T. Silveira. **Repensando os Conceitos de Violência, Abuso e Exploração Sexual de crianças e adolescentes.** Brasília: Theasaurus, 2000.

\_\_\_\_\_. A criança e o adolescente. Objetos sem valor no Brasil Colônia e no Império. In: PILOTTI, F.; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** 2 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário.** In: Oficina de Indicadores de Violência Intra-Familiar e da Exploração Sexual Comercial de crianças e adolescentes. CECRIA-CESE, MS/ SNDH/ DCA. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Abuso Sexual de crianças e adolescentes: trama, drama e trauma. In: COSTA, L.F.; ALMEIDA, T.M.C. (Org). **Violência no Cotidiano: do risco a proteção.** Brasília: Ed. Liber Livro, 2005

\_\_\_\_\_. Infância e Processo Político no Brasil. In: PILOTTI, F.; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** 2 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009.

FALEIROS, V. P; FALEIROS, E.T. S (Coords.). **Circuito e curtos-circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes.** São Paulo: Veras Editora, 2001. (Núcleo de Pesquisa, n. 7).

FERRARI, D.C.A.; VECINA, T.C.C. (Orgs.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática.** São Paulo: Ágora, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir.** História da Violência nas Prisões. 35<sup>a</sup>ed. Petrópolis: Vozes, 2008

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1970.

FREITAS, Aimberê. **Boa Vista: Boa de Viver.** 1<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GABEL, M. (org.). **Crianças vítimas de abuso sexual.** São Paulo: Summus, 1997.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de Pais contra Filhos: a tragédia revisitada.** 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 10ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1983.

LANDINI, Tatiana Savóia. **Pornografia Infantil na internet: proliferação e visibilidade**. FFLCH-USP (Dissertação de Mestrado), 2004.

LEAL, Maria Lucia Pinto. (Org). **Exploração Sexual Comercial de Meninos, Meninas e de Adolescentes na América Latina e Caribe**. Relatório Final - Centro de Referência, Estudos e Ações da Criança e do Adolescente – CECRIA. 2ª Ed. Distrito Federal, 1999.  
LIMA, Cláudia Araújo de (Coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde.

LOURO, Guacira L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, Marta et al. (Orgs.). **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LUZ, Madel F. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre práticas corporais e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MACHADO, K. Experiências inovadoras no ensino da saúde. **Revista RADIS Comunicação em saúde**. Rio de Janeiro, n.49, 2006. Disponível em: <[www.ensp.fiocruz.br/radis/49/capa.html](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/49/capa.html)>. Acesso em: 17 set. 2010.

MARCÍLIO, Maria Luiza. **História Social da Criança Abandonada**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006 - Coleção Temas de Saúde.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et. al. **Violência sob o Olhar da Saúde: a intrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vl. 4, nº. 3, 1998. (p. 513-531)

NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil, In: Silvio Kaloustian (orgs.), **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo, Cortez/Unicef, 1994.

NETO, Wanderlino Nogueira. O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Menores: descontinuidades e continuidades. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº83, Ed.: Cortez, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Violência y salud: resolución n.º XIX.** Washington, D.C., 1993.

RIZZINI, Irene **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil.** Rio de Janeiro: Petrobrás-BR: Ministério da Cultura: USU Ed. Universitária: Amais, 1997.

\_\_\_\_\_. Crianças e Menores, do Pátrio Poder ao Pátrio Dever. In: PILOTTI, F.; RIZZINI, Irene (Orgs.). **A arte de governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** 2 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009.

SAFFIOTI, Heleieth. Síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V. (orgs.). **Crianças vitimizadas.** São Paulo: Iglu, 1989.

\_\_\_\_\_. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004- (Coleção Brasil Urgente).

SILVA, M.A.S.; VECINA, T.C.C. Mapeando a violência contra crianças e adolescentes. In: VECINA, T. C. C. (Orgs.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática.** São Paulo: Ágora, 2002.

SALES, M. A. (orgs.) . **Política Social, família e juventude : uma questão de direitos.** 6 Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Org). **Curso Impactos da Violência na Saúde.** EAD/ ENSP, Unidade I - Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde. Rio de Janeiro: 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ZALUAR, Alba. **Violência e Crime.** In: MICELI, Sérgio (Org). O que ler na ciência social brasileira (1970-1995). São Paulo: Ed. Sumaré: ANPOCS, Brasília: CAPES, 1999.

## APÊNDICES



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

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS QUE  
ATUAM NO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO E HOSPITAL  
MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ**

Unidade de Saúde:

Endereço:

Bairro:

Telefone:

Nome do Diretor/ Gestor:

Nome do entrevistado (a):

Cargo/ Função:

Telefone:

- 1- Quanto tempo exerce a função na instituição?
- 2- Você já atendeu C/A em situação de violência sexual?
- 3- Qual sua participação no atendimento?
- 4- Quais suas atribuições na equipe?
- 5- O que você entende por violência sexual contra C/A?
- 6- Em sua opinião existe uma relação de poder na expressão da violência sexual?
- 7- Com que frequência chega casos de crianças e adolescentes em situação de violência sexual?  
( ) diariamente    ( ) semanalmente    ( ) quinzenalmente    ( ) mensalmente
- 8- Qual a demanda de atendimento a C/A em situação de violência nesta Unidade de Saúde? (Espontânea? Encaminhamento? Qual a origem?)
- 9- Você acha que a infra- estrutura disponibilizada é adequada para esse tipo de atendimento? ( ) Sim                    ( ) Não
- 10- Se sim, assinalar:  
( ) Espaço físico    ( ) Mobiliário    ( ) Equipamentos    ( ) Transporte
- 11- Se não, apontar necessidades.
- 12- Quais os profissionais disponíveis na equipe?  
( ) Psicólogo                    ( ) Advogado                    ( ) Assistente Social                    ( ) Pedagogo  
( ) Médico    ( ) Enfermeiro    ( ) Administrativo                    ( ) Outros

13 - Qual o n° de profissionais capacitados para atuar em situações de violência sexual contra C/A ?

14- Quais os encaminhamentos realizados ao término do atendimento na Unidade? Existe retorno das informações?

15- Existe um trabalho de acompanhamento da criança e do adolescente em situação de violência pela Unidade? E os familiares recebem atendimento?

16- Existe um Plano Institucional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes?  Existe  Não existe  Não sabe

17- Caso exista um Plano Institucional, qual ( programas/ instituições) participou do processo de elaboração? Quem (setor) operacionaliza e monitora?

18- Existe sistema de registro / arquivo / manipulação de informações?  
 Sim  Não

19- Qual o sistema de armazenamento das informações ?

Padronização:  Não padronizado  Padronizado /manual  Padronizado/digital

Acesso / localização:  Fácil acesso  Difícil acesso  Restrito

Utilização:  Estudos / estatísticas  Planejamento  Monitoramento

20- Existe uma articulação com outras instituições/órgãos/programas? Se sim, quais as ações?

21- Quais os principais aspectos positivos e quais as principais dificuldades na articulação com outras instituições/órgãos?

22- Quais as dificuldades enfrentadas no atendimento e acompanhamento da C/A em situação de violência sexual?

23- Em sua opinião, o que é necessário para diminuir os casos?

24- Quais os desafios do SUS no atendimento a C/A em situação de violência sexual?



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

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

1. **Título da pesquisa:** “Violência Sexual sob o olhar dos profissionais de saúde em Boa Vista-Roraima: Limites e Desafios”
2. **Pesquisadora responsável:** Henriqueta Christina de Alencar Ferreira Lima,  
**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Maria do Socorro de Souza Vieira
3. **Instituição:** Universidade Federal da Paraíba- Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Eu,.....profissão...  
....., recebi todas as informações acerca do estudo sobre o atendimento de crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Boa Vista - Roraima. Fui informado (a) que o relato sobre minha atuação profissional contribuirá para o estudo e análise do fenômeno da violência sexual praticada contra criança e adolescente. Concordo que meus dados sejam identificados por siglas, protegendo minha identidade e minha participação de forma anônima. Estou de acordo que tais informações serão analisadas e utilizadas somente para a pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos. Sei que em nenhum momento serei exposto (a) a riscos devido a minha participação nesta pesquisa. Sei também que em qualquer momento poderei me recusar a continuar, sem qualquer prejuízo para minha pessoa. Fui informado (a) que sou isento (a) de qualquer tipo de despesa, nem receberei nenhuma bonificação e gratificação por minha participação e terei garantia de acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas em qualquer fase deste estudo. Concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa.

Boa Vista-RR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Participante