

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LYGIA MARIA PEREIRA DA SILVA**

**ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM  
SITUAÇÃO DE ABUSO SEXUAL: O DISCURSO DOS  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

FORTALEZA, 2006

**LYGIA MARIA PEREIRA DA SILVA**

**ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM  
SITUAÇÃO DE ABUSO SEXUAL: O DISCURSO DOS  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Clínico-cirúrgica.

Área Temática: Saúde da Criança  
Linha de Pesquisa: Assistência Participativa na Enfermagem Clínico-cirúrgica em situação saúde-doença.

Projeto Saúde do Binômio Mãe-filho.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Vera Lúcia  
Moreira Leitão Cardoso.

Fortaleza  
2006

S581a

Silva, Lygia Maria Pereira da

Atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual: o discurso dos profissionais da saúde / Lygia Maria Pereira da Silva

- Fortaleza: UFC / FFOE, 2006  
143 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem

1. Maus-Tratos Sexuais Infantis 2. Criança 3. Adolescente.  
4 Defesa da Criança e do Adolescente 5 Bem-Estar da Criança I. Cardoso, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão (Orient.). II Título

CDD: 362.76

# **LYGIA MARIA PEREIRA DA SILVA**

## **ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE ABUSO SEXUAL: O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Clínico-cirúrgica.

Aprovada em 28 de Julho de 2006.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso  
Presidente

---

Prof. Dr. Carlos Alberto Domingues Nascimento  
1º Examinador

---

Profª Drª Violante Augusta Batista Braga  
2ª Examinadora

---

Profª Drª Luiza Jane Eyre de Souza Vieira  
Suplente

**Este estudo contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, através do Programa de Qualificação Profissional (PQI).**

## AGRADECIMENTOS

À orientadora deste trabalho, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, que acompanhou cada etapa, apoiando e criticando, de modo objetivo e claro.

Ao Departamento de Enfermagem da UFC e aos docentes do Programa de Pós-graduação, que contribuíram, ao longo de todo o mestrado, para a construção do produto que agora apresento, especialmente à Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Almerinda Holanda Gurgel.

Ao Programa de Qualificação Profissional (PQI) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por oportunizar a minha permanência no Ceará, para a realização do mestrado.

Aos colegas da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – UPE, por possibilitarem meu afastamento para a realização do mestrado, especialmente a Lêda Maria de Lima Cantarutti.

Aos profissionais que, ao concordarem em participar das entrevistas, possibilitaram a realização desta pesquisa.

À bibliotecária Rosane Maria Costa, por sua revisão e apoio no decorrer da pesquisa.

A Tânia Gadelha (*in memoriam*), pelo apoio e acolhida em momento de transição.

Aos amigos Kaelly Virgínia Saraiva e Nestor Mainieri Pinto, pela amizade e pelo apoio no decorrer de todo o mestrado.

A todos os familiares e amigos que, mesmo à distância, incentivaram-me e torceram por mim.

Finalmente a Cláudia Araújo de Lima e a Maria Carmelita Maia e Silva, pelo apoio, pelo incentivo e pelas discussões informais sobre esta pesquisa, que me iluminaram os caminhos a serem percorridos.

## RESUMO

O abuso sexual de crianças e adolescentes representa uma situação de risco e uma violação de direitos humanos sexuais e particulares da pessoa em desenvolvimento. No atendimento às vítimas, os profissionais de saúde precisam atuar com recursos instrumentais e teóricos que estão além do que os cursos de graduação oferecem. Objetivou-se analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde no atendimento a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual. Buscou-se conhecer os significados atribuídos pelos profissionais de saúde a esse problema. O local onde se deu a pesquisa foi um hospital geral pediátrico da cidade de Fortaleza – CE. Realizou-se pesquisa de cunho qualitativo e os sujeitos foram 21 profissionais de saúde. Os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada, gravada. Para análise e organização, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os profissionais foram enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogas, psicopedagogas. A maioria jamais participou de qualquer treinamento sobre o tema. Constatou-se que os sujeitos entendem o abuso sexual como uma violação, uma experiência de sofrimento para a criança, que se apresenta de várias formas. A identificação do abuso se dá através dos sinais e sintomas específicos e inespecíficos, da suspeita a partir do comportamento e do relato da criança e da investigação para comprovação material. As condutas, após a investigação, são encaminhamentos dentro da instituição, notificação ao Conselho Tutelar, prevenção e tratamento dos agravos resultantes do abuso e o cuidado com a criança e o adolescente. A existência de uma rotina própria é percebida por alguns através da atuação da Comissão de Prevenção aos Maus-tratos, enquanto outros percebem a existência de uma rotina no hospital em geral e outros afirmam não existir uma rotina. O envolvimento das categorias é percebido a partir da atuação na Comissão. Alguns sujeitos não sabem como sua categoria está envolvida, enquanto outros entendem que não há envolvimento, por não haver uma rotina própria. As estratégias para qualificação dos profissionais adotadas pela instituição são consideradas como atividades regulares, esporádicas ou inexistentes. O atendimento no serviço e na rede de saúde é visto como possível, a partir dos recursos já existentes no serviço, possível a partir da atuação da Comissão de Prevenção aos Maus-tratos e difícil, devido ao descrédito na rede de assistência. As dificuldades identificadas para o atendimento são a falta de preparo do profissional, emocional, a omissão da família e a insuficiente estrutura do serviço. As sugestões para melhorar a atuação dos profissionais no tema são a capacitação e a estruturação do serviço. Conclui-se que os profissionais de saúde no serviço pesquisado apresentam dificuldades para o atendimento no tocante à capacitação, à estruturação dos serviços e à articulação da rede de saúde e da rede intersetorial. Há necessidade de fortalecer a Comissão, criar normas e rotinas de atendimento, planejar treinamento sobre abuso sexual e sobre outras formas de violência contra crianças e adolescentes e implementar parcerias com instituições afins, visando à formação de redes.

Palavras-chave: Maus-Tratos Sexuais Infantis; Criança; Adolescente; Defesa da Criança e do Adolescente; Bem-Estar da Criança.

## ABSTRACT

The sexual abuse of children and adolescents consists of a risk situation and a violation of sexual and particular human rights of the person in development. In the attendance to the victims, the health professionals need to act with instrumental and theoretical resources that are beyond what undergraduate courses offer. One aimed to analyze the actions developed by health professionals in the attendance to children and adolescents who suffered sexual abuse. One aimed to know the meanings attributed by health professionals to this problem, considering the subjects' context through the Social Representations Theory. The institution where the research was conducted was a pediatric general hospital in the city of Fortaleza – CE. One conducted a qualitative research and the subjects were 21 health professionals. The data were obtained through a recorded semi-structured interview, and for analysis and organization, the Collective Subject Discourse technique was used. The professionals were nurses, doctors, social workers, psychologists and pedagogues, most of them had never taken any training about the theme. One noticed that the subjects understand sexual abuse as a violation, a suffering experience for the children and that has several forms. The identification of the abuse happens through the signals, specific and non-specific symptoms, through the suspect starting from the child's behavior, through the investigation for material prove and through the child's report. The conducts after investigation are forwarding inside the institution, notification to the Guardianship Council, prevention and treatment of the traumas resulting from the abuse and the care to the child and the adolescent. The existence of an own routine is noticed by some through the actions of the Mistreatment Prevention Commission, while others notice the existence of a routine in the hospital in general and others argue that there is not a routine. The involvement of the categories is noticed starting from the actions of the Commission. Some subjects do not know how their category is involved, while others understand that there is not involvement, as there is not an own routine. The strategy for qualification of the professionals adopted by the institution is considered as regular, sporadic and non-existent activities. The attendance in the institution and in the health system is seen as possible starting from the resources existing in the service, possible from the actions of the Mistreatment Prevention Commission and hard due to the discredit in the assistance system. The difficulties identified for the attendance are the lack of emotional preparation of the professional, the omission of the family and the insufficient structure of the service. The suggestions to enhance the professionals' actions in the theme are the preparation of the professionals and the enhancement of the service's structure. One concludes that the health professionals in the service researched show difficulties for the attendance concerning the preparation, structure of the services and articulation of the health and intersection systems. It is necessary to empower the Commission, create rules and attendance routines, to plan trainings about sexual abuse and other forms of violence against children and adolescents and implement partnerships with similar institutions, aiming to form nets.

Keywords: Child Sexual Mistreatment, Children, Adolescent, Children and Adolescent's Defense, Children's Well-being.

## SUMÁRIO

---

	p.
1. INTRODUÇÃO.....	07
2. OBJETIVOS .....	19
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	21
3.1 A legislação brasileira sobre o abuso sexual de crianças e adolescentes e o setor saúde .....	22
3.2 A qualificação do profissional de saúde para abordagem do abuso sexual de crianças e adolescentes .....	32
3.3 O cuidado com a criança e o adolescente em situação de abuso sexual....	43
3.4 A Teoria da Representação Social e o abuso sexual .....	52
4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA .....	59
4.1 Tipo de pesquisa .....	60
4.2 Local da pesquisa .....	60
4.3 Participantes da pesquisa .....	61
4.4 Coleta de dados.....	61
4.5 Organização e análise dos dados .....	62
4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	64
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	66
5.1 Caracterização dos sujeitos.....	67
5.2 O discurso do sujeito coletivo: ouvindo os profissionais de saúde .....	68
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	117
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	122
APÊNDICES .....	
ANEXOS.....	

# ***Introdução***

## **1. INTRODUÇÃO**

Os avanços alcançados pela humanidade permitem, através do atendimento de necessidades cada vez em escala mais elevada, o alcance de uma vida de melhor qualidade por uma parcela da sociedade. Torna-se possível, então, o realce de problemas que sempre existiram, mas ainda não haviam sido enfrentados. A evolução moral e ética das sociedades, paralela aos avanços tecnológicos, permite a busca dos

direitos individuais e coletivos, levando aos grupos populacionais diversos a esperança de uma vida digna, se não imediatamente, mas a médio e longo prazo.

Atuando como enfermeira, deparamo-nos com questões que são verdadeiros desafios para a efetivação de princípios como os da solidariedade e da integralidade e universalidade da saúde. Trata-se do uso dos poderes em diversos espaços e níveis e da negação do poder pessoal do outro, o que gera nas sociedades relações cada vez mais assimétricas e que não concorrem para o desenvolvimento, seja individual ou coletivo. Chamamos essas relações e as várias formas como se apresentam de violências.

Reconhecemos, porém, que o impacto da violência sobre a vida das pessoas e das sociedades revela a magnitude e a transcendência desse fenômeno, sendo seu estudo de grande relevância para a busca de resposta a vários problemas sociais.

Ao se pensar no fenômeno da violência, é preciso entender que o mesmo configura-se como um grave problema de saúde pública, em todo o mundo, sendo profundamente enraizado nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. De acordo com o conceito ampliado de saúde – segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente –, o tema violência abrange não somente as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de fatores condicionantes históricos, sociais e ambientais com os quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro (BRASIL, 2001 a).

A violência é resultante de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Entendida por vários estudiosos como um fenômeno complexo e multicausal, é também geradora de várias conseqüências nefastas para as vítimas. O Ministério da Saúde, em sua política específica para o enfrentamento do problema, adota o conceito de violência elaborado por Minayo e Souza, que a definem como: “fenômeno representado por ações humanas realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem” (BRASIL, 2001a, p. 7).

A violência é, ainda, uma articulação de relações sociais gerais e específicas, ou seja, de forças assimétricas (desiguais) nas situações concretas, não devendo ser vista como

resultante de forças de natureza humana ou sobrenatural – por exemplo, obra do demônio – ou como um mecanismo autônomo e desvinculado de determinadas relações sociais (E. FALEIROS, 2000).

Nas relações sociais estabelecidas nas sociedades, os vários grupos populacionais são atingidos por diversos tipos de violência, com conseqüências distintas. Alguns grupos apresentam maior vulnerabilidade no tocante à ocorrência e ao impacto da violência sobre sua saúde. As crianças e os adolescentes, por sua condição de dependência e tutela, formam o grupo etário mais susceptível, sendo que as crianças mais novas estão ainda mais expostas, por apresentarem dependência de cuidados essenciais e por seu estágio de maturidade. Nesse grupo populacional, as violências resultam em danos variáveis e repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade devido aos efeitos sobre o seu desenvolvimento somático e psíquico, podendo inclusive, levar à morte (BRASIL, 2001a; 2002a).

No nosso entendimento, a violência se apresenta de diversas formas e sua tipificação se revela necessária para uma apreciação didática, visto ser um tema que requer abordagem interdisciplinar, embora ainda seja insuficientemente estudado por todas as áreas do conhecimento.

Essa visão integradora se coaduna com a tipologia utilizada no programa para documentação da violência interpessoal da World Health Organization (WHO, 2004), de acordo com o qual a violência pode ser: auto-infligida, coletiva e interpessoal. A auto-infligida subdivide-se em tentativa de suicídio e abusos auto-infligidos, como as automutilações. A coletiva é cometida por elementos de um grupo contra outros grupos ou contra indivíduos que deles fazem parte, geralmente com objetivos políticos, econômicos ou sociais. A interpessoal subdivide-se em duas categorias: familiar e conjugal – ocorre entre cônjuges, ou entre outros membros da família no espaço do lar. Essa categoria inclui a violência contra crianças e adolescentes, contra cônjuges e contra idosos. A violência comunitária é aquela que acontece entre pessoas que não se relacionam intimamente e ocorre fora do lar. Inclui a violência física, a sexual ou a que ocorre em assaltos e ainda a que se denomina violência institucional, que ocorre em escolas, em locais de trabalho, em prisões e até mesmo em domicílio, quando é cometida contra ou por pessoas que realizam trabalhos diversos nesse espaço.

A violência contra a criança e o adolescente recebe tipificação específica: física, psicológica e sexual. Há outras que se caracterizam por negligência e abandono. Além desses tipos, temos ainda a “síndrome de Múchhausen por procuração” (simulação de problemas de saúde da criança pelos pais ou por outro cuidador) (AZEVEDO; GUERRA, 1989). Alguns autores, entre eles a Pastoral da Criança, ligada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), consideram que a exploração do trabalho infantil, além de ser uma violência social é também intrafamiliar, por considerarem seu caráter interpessoal (CNBB, 1999; SILVA, 2002).

Essas publicações sobre os tipos de violência mostram-nos que a temática exige mais estudos. Notadamente nos chamam atenção as dificuldades relatadas por vários autores no manejo dos casos de abuso sexual. Trata-se de uma violência interpessoal, em que uma criança ou adolescente é utilizada (o) para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho. Baseado nas relações de poder, o abusador obriga ou induz a vítima a realizar práticas sexuais, para as quais não está preparada por seu estágio de maturidade e cujas conseqüências não pode avaliar (CAMINHA, 1999; E. FALEIROS, 2000).

Adotamos ainda o conceito de abuso sexual elaborado por ocasião da pesquisa realizada em 1998 por pesquisadores do Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA):

Uma situação de ultrapassagem (além, excessiva) de limites de direitos humanos, legais, de poder, de papéis, do nível de desenvolvimento da vítima, do que esta sabe e compreende, do que o abusado pode consentir, fazer e viver, de regras sociais e familiares e de tabus. E que as situações de abuso infringem maus tratos às vítimas (E. FALEIROS, 2000, p. 20).

A autora considera que o abuso sexual tem caráter íntimo e relacional, revestindo-se por isso de maior gravidade, por ser organizador de estruturas psíquicas e sociais, principalmente nos casos de longa duração, e na exploração sexual comercial. Outro aspecto relevante no conceito do CECRIA é a relação de abuso de poder exercido pelo abusador, devido à diferença do grau de maturidade, que permite a dominação do abusado e garante que o abuso seja mantido em segredo.

São várias as formas de manifestação do abuso sexual, podendo ser com penetração: coito oral, coito vaginal ou coito anal. Sem penetração: toques impudicos (manipulação

dos órgãos genitais), beijos, masturbação, pornografia, produção de fotos, exibicionismo, telefonemas obscenos. São formas que dificilmente deixam vestígios no corpo da vítima. A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes pode acontecer de todas as formas descritas acima, através de um indivíduo ou de uma rede de exploração (AZEVEDO; GUERRA, 1989; E. FALEIROS, 2000).

O abuso pode ocorrer em qualquer espaço onde a criança circule ou permaneça, mas percebe-se que se dá com mais frequência nas relações em que o adulto, como figura de autoridade, abusa do poder que lhe é conferido, utilizando-se muitas vezes da confiança e do afeto que a criança lhe tem. Devido à assimetria das relações, na violência sofrida por crianças e adolescentes, percebe-se como característica importante o silêncio imposto à vítima pelo violador. Essa característica é, em alguns casos, legitimada pela sociedade adultocêntrica (poder centrado no adulto), que entende os direitos materno e paterno como absolutos.

Os danos à saúde da criança ou do adolescente que sofreu ou sofre abuso sexual podem ser físicos, emocionais e sociais e se apresentam em níveis de gravidade variável. Alguns fatores são considerados importantes para que se possa prever a gravidade, como a idade em relação ao início do abuso, quando este é prolongado. Quanto menor a idade, maior a possibilidade de interferência na estruturação da personalidade. Em caso de abuso com penetração, quanto mais nova a criança, maiores os danos físicos. O tempo de duração do abuso – que pode ocorrer por dias, meses ou anos – e a relação afetiva da vítima com o abusador – que pode ser uma pessoa próxima – também agravam os danos (AZEVEDO; GUERRA, 1989; HABGZANG; CAMINHA, 2004; HABIGZANG et al., 2005; LOPES et al., 2004).

Roberts et al. (2004), em estudo longitudinal, investigaram a relação entre o abuso sexual de crianças ocorrido antes dos 13 anos de idade e doença mental anterior, organização familiar, comportamento dos pais e adaptação à prole. O estudo envolveu 8292 familiares e concluiu que o abuso sexual de crianças tem repercussões na saúde mental até a idade adulta. O relacionamento de paternidade/maternidade e o ajustamento/adaptação da criança na geração seguinte também podem ser prejudicados.

Para a Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA, 2000), as entidades que atuam junto à criança, como delegacias especializadas,

conselhos tutelares e serviços-referência para atendimento às vítimas registram que a violência contra as crianças e os adolescentes é mais freqüente nas relações familiares, chegando a números alarmantes. Dados dessa entidade mostram que, entre os casos registrados no ano de 2003, 75% das crianças menores de 10 anos de idade sofreram violência intrafamiliar. Dos casos de abuso sexual de crianças e adolescentes registrados na ABRAPIA, 49% vitimam meninos e meninas de 2 a 5 anos de idade. Habigzang et al. (2005) encontraram dados semelhantes, ao pesquisar processos jurídicos do Ministério Público do Rio Grande do Sul.

Salientando o Estado do Ceará, local onde foi desenvolvida esta pesquisa, é relevante citar um estudo realizado em vinte e dois municípios, inclusive Fortaleza (UNICEF, 2004). O referido estudo revela que, em sua maioria, 79,5%, os abusos foram cometidos por pessoas conhecidas, sendo que 50,8% delas tinham relação de parentesco próxima com a criança. O mesmo estudo mostra que 93,8% das crianças abusadas pertencem ao sexo feminino. Com relação à faixa etária, 70% das vítimas têm menos de 14 anos.

Outros dados obtidos na cidade de Fortaleza do SOS Criança, órgão que consolida os números da violência contra crianças e adolescentes, apresentam a violência com a seguinte tipologia: violência física, abuso sexual, exploração sexual, violência psicológica e negligência familiar. Das notificações do ano de 2004, de um total de 2407 atos violentos registrados contra crianças e adolescentes, o abuso e exploração sexual somam 336. Em 2005 (até o mês de outubro), os valores são respectivamente 1752 para todas as formas e 285 para o abuso e a exploração sexual (CEARÁ, 2005; CEDECA, 2005).

Nesse cenário, podemos considerar alarmantes os dados da violência contra crianças e adolescentes, porém o Laboratório de Estudos da Criança – Laceri – da Universidade de São Paulo (USP), que há vários anos sistematiza dados de violência contra esses grupos etários, afirma que apenas 2% dos casos de abuso sexual ocorridos dentro da família são denunciados. Essa afirmação revela-se ao mesmo tempo uma projeção, tornando ainda mais alarmante a realidade do abuso sexual contra crianças e adolescentes (USP, 2005).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2001b), um marco para a proteção dessa faixa etária no Brasil, em vigor desde 1990, determina ao setor saúde a

obrigatoriedade da notificação de violências cometidas contra esse grupo específico. Porém, conforme Deslandes (1994), as normas legais não foram acompanhadas por normas técnicas e éticas, que possibilitariam a capacitação dos profissionais contemplados nessa determinação.

Confirmando esse descompasso, o enfrentamento do fenômeno da violência pelo setor saúde foi efetivamente iniciado a partir do ano 2001, quando da publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a). O texto reconhece que ainda existe despreparo dos profissionais de saúde e do setor saúde em geral para atuar de modo eficiente nos casos de acidentes e violências, principalmente naqueles cujas vítimas são crianças e adolescentes e propõe capacitação para os recursos humanos, com base no princípio da integralidade. Ainda conclama a ações intersetoriais para a prevenção dos acidentes e violências e assistência aos cidadãos vitimados.

Ainda em 2001, foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, uma iniciativa da Secretaria dos Direitos Humanos – Ministério da Justiça (BRASIL, 2001c). Esse documento também contempla ações intersetoriais e, mesmo sendo uma iniciativa do Ministério da Justiça, aborda algumas ações a serem executadas pelo setor saúde, tanto na prevenção das agressões como na assistência às vítimas e suas famílias em situação de violência sexual.

A partir do Plano Nacional, os estados e municípios passaram a elaborar seus planos, permitindo maior visibilidade ao tema, com a discussão do mesmo pelos diversos setores da sociedade. Sua implementação permitiu que, mesmo antes de elaborar seus planos, os estados e municípios pudessem realizar ações de enfrentamento do problema. Uma das iniciativas foi a criação do Projeto Sentinela, em 2001, que visa a assistir crianças, adolescentes e famílias em situação de risco de violência e exploração sexual, como também contribuir para a responsabilização dos autores dos atos violentos. A partir dessas iniciativas, foram realizados investimentos nos recursos humanos, criados bancos de dados e serviços de referência para o atendimento ao público-alvo (BRASIL, 2001a; 2001c).

Outro avanço foi a criação de sistemas de informação sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes. Hoje se sabe que ainda existe subnotificação e que os dados

conhecidos estão longe de espelhar a realidade, mas os números já nos permitem conhecer um pouco da problemática. Isso permite que ações para o enfrentamento sejam planejadas.

Em 2002, ocorreu no estado do Ceará o Encontro Estadual de Enfrentamento da Violência Sexual, que teve como resultado o Plano Estadual de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes. Esse plano compartilha dos princípios estratégicos do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil (CEARÁ, 2002).

Atualmente, a cidade de Fortaleza elabora o seu Plano Municipal de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (FORTALEZA, 2005), estando o mesmo na versão preliminar e sendo construído sobre os mesmos pilares dos documentos anteriormente referidos, ou seja, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e os Planos Nacional e Estadual de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil e o Plano Estadual.

O setor saúde no Estado do Ceará teve como primeira iniciativa a Lei nº 12.242 de 29/12/1993, publicada em 30/12/1993, que determina aos órgãos públicos conveniados com o SUS, a constituição de Comissões Hospitalares de Prevenção aos Maus Tratos à Infância e Adolescência (UNICEF, 2004).

Outras ações têm sido implantadas na rede pública em diversos setores, como o SOS Criança desde a década de 1980, várias Organizações Não Governamentais e os Projetos Sentinela do município e do estado. Essas ações têm contribuído para a prevenção da violência sexual e assistência a vítimas e seus familiares, aumentando a notificação dos casos para o Conselho Tutelar e outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

A trajetória do enfrentamento do problema permite perceber que a compreensão do fenômeno da violência, em especial do abuso sexual requer uma aproximação maior do que a formação dos cursos de graduação permite. O fenômeno, extremamente complexo, traz em sua origem e perpetuação, importante influência cultural das diversas sociedades. Sua abordagem requer a desconstrução de mitos e a revelação de verdades,

algumas ainda desconhecidas até mesmo por pesquisadores mais experientes (OLIVEIRA, 2003).

O profissional de saúde tem-se envolvido cada vez mais intensamente no enfrentamento desse tipo de violência, devido às demandas da própria sociedade. A cada dia está sendo mais requisitado para atuar nessas situações de risco e precisa assumir seu papel na assistência à saúde integral das crianças e dos adolescentes vitimizados. Porém ao se deparar com casos de abuso sexual, nem sempre se encontra adequadamente instrumentalizado (BRASIL, 2002a; GOMES et al., 2002; OLIVEIRA, 2003; SILVA; SILVA, 2003;).

A assistência à criança e ao adolescente em situação de violência requer do profissional de saúde, que atua tanto na rede básica como nos serviços de maior complexidade, uma visão integral da saúde (SOUZA et al., 2002). Algumas ações devem ser integradas à prática do profissional, como: suspeitar, investigar, assistir, tratar, proteger, acolher, documentar, notificar, orientar, apoiar, encaminhar (SILVA; SILVA, 2003). A anamnese, o exame físico, bem como toda a assistência deve ser realizada de modo a oferecer os cuidados necessários à recuperação da saúde integral da criança, procurando evitar a revitimização. Não há dúvida de que a qualificação dos recursos humanos mostra-se como o principal instrumento do setor saúde para o enfrentamento dessa realidade (BRASIL, 2001a, 2002a; SILVA; SILVA, 2003).

A qualificação deve ser universal para que todos os profissionais de saúde, sem exceção, estejam preparados para atuar junto às crianças e adolescentes em situação de abuso sexual, pois todos os atendimentos são oportunidades para identificar o abuso e cuidar da criança vitimizada (FERREIRA; SCHRAMM, 2000; FERREIRA, 2002; SILVA; SILVA, 2003). Alguns profissionais, porém, pela natureza do seu trabalho dedicam mais tempo às crianças e famílias com as quais têm uma relação fisicamente mais próxima. É o caso dos profissionais de Enfermagem e de Medicina. As consultas de pré-natal, de puericultura, geralmente realizadas em ambulatórios, as diversas atividades de educação em saúde, além das visitas domiciliares permitem a esses profissionais uma aproximação maior. Mas o problema tem dimensões tão graves que não se pode ignorar a enorme importância dos demais profissionais do setor saúde, como assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Todos devem ser requisitados para estudos e ações que contribuam para o enfrentamento do problema através da prevenção, dos cuidados com a vítima e da responsabilização do agressor. Essa é uma questão que ganhou sentido de urgência em todos os setores da sociedade, especialmente no setor saúde (BRASIL, 2001a; GOMES et al., 2002; E. FALEIROS, 2000).

Assim, olhando pelo prisma da formação profissional e da produção intelectual, propusemo-nos ao estudo da atuação do profissional de saúde no enfrentamento do abuso sexual de crianças e adolescentes por se tratar de fenômeno particularmente difícil de ser enfrentado pelo setor saúde, haja vista as dificuldades emocionais e culturais que suscita nas pessoas que com ele se deparam (FERREIRA, 2002; GOMES et al., 2002).

Na docência, trabalhamos com o tema desde 1998, por meio de atividades de ensino, extensão e pesquisa. O início se deu em um projeto de extensão realizado na Universidade de Pernambuco, no qual acompanhávamos o crescimento e o desenvolvimento de crianças de uma escola municipal, de educação infantil e ensino fundamental (1ª a 4ª séries), da cidade do Recife – Pe. Durante a execução do projeto, identificamos a necessidade de atuar na prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Iniciamos atividades em grupo com as famílias para discussão sobre temas geradores de conflito.

A partir dessa atuação, dedicamo-nos à publicação de dois livros sobre o tema violência contra crianças e adolescentes, ambos publicados pela Editora da Universidade de Pernambuco, com financiamento do Ministério da Saúde.

No ano 2002, foi lançada a obra intitulada *Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes* (SILVA, 2002), uma coletânea de artigos escritos por profissionais de diversas formações e setores. Exemplares desse livro foram distribuídos pelo Ministério da Saúde em cursos de capacitação realizados por suas equipes em vários estados do Norte e Centro-Oeste do Brasil.

Em 2003, foi publicado o *Guia de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente em Situação de Violência: abordagem interdisciplinar* (SILVA; SILVA, 2003). A referida obra foi adotada pela gestão municipal do Recife e estadual da Paraíba

como instrumento para qualificação dos seus recursos humanos. É dirigida aos profissionais de saúde e nela é descrita, em detalhes, a abordagem necessária a esses profissionais para a assistência interdisciplinar à criança e ao adolescente vitimizados. De forma didática, com ilustrações, o leitor tem acesso a condutas, que vão desde a anamnese e o exame físico até às doses dos fármacos para quimioprofilaxia das DSTs e da gravidez em casos de estupro. Além disso, há orientações sobre a atenção psicossocial e os encaminhamentos necessários em todas as formas de violência.

Dessa forma, fortalecemos o ensino e a assistência, integrando-os à pesquisa, ao mesmo tempo em que buscamos disseminar as obras. Os projetos que envolveram os livros envolveram também outras ações, entre elas a qualificação de equipes multiprofissionais de saúde e gestores em saúde, no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. A partir dessa atuação, foi possível perceber a escassez de títulos sobre o tema, especialmente de produções advindas de enfermeiras. Percebemos também algumas dificuldades dos profissionais de saúde de ordem pessoal e institucional devido aos mitos, aos tabus, às dificuldades emocionais, à falta de capacitação de recursos humanos e do estabelecimento de normas e rotinas, bem como do compromisso político para o enfrentamento do problema. Essa percepção foi relatada por Deslandes (1999) e Gomes et al. (2002).

Visualizamos que os profissionais de saúde ainda não encontraram seu lugar na assistência à criança vitimizada, excetuando-se os serviços especializados. Ainda se percebem, com certa frequência, as crenças baseadas no senso comum, ou seja, na idéia de que as violências são problemas de polícia e de justiça e o que se tem a fazer é encaminhar os casos identificados.

Pretendemos com o presente trabalho identificar as lacunas na prática do profissional de saúde que atua nos serviços, com vistas a propor melhorias para o cuidado da criança e do adolescente em situação de abuso sexual. Diante dessas colocações, lançamos os seguintes questionamentos: na percepção dos profissionais da saúde, os serviços de saúde implementam estratégias e rotinas para o enfrentamento do abuso sexual de crianças e adolescentes? Como os profissionais dos serviços de saúde atuam frente aos casos de abuso sexual atendidos?



# ***Objetivos***

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo geral

Analisar as ações desenvolvidas no atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual, sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

### 2.2 Objetivos específicos

Investigar a atuação do profissional de saúde no atendimento à criança e ao adolescente em situação de abuso sexual.

Averiguar rotinas e estratégias institucionais, que viabilizem a atuação do profissional de saúde no atendimento de crianças e adolescentes em situação de abuso sexual.

# ***Revisão da Literatura***

## **3. REVISÃO DA LITERATURA**

### **3.1. A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE O ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E O SETOR SAÚDE**

Os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes foram estabelecidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no Artigo 227. Esses direitos alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069/90, proteção estatutária que representa um novo paradigma por tratar as crianças e os adolescentes brasileiros como sujeitos de direitos. Essa Lei, considerada um avanço importante em nossa sociedade, substituiu o Código de Menores. Este representava o direito repressor assistencialista, pois refletia o pensamento da Doutrina da Situação

Irregular, que, conforme o termo, não protegia todas as crianças, mas apenas as que se encontravam em situação “irregular” (BRASIL, 2001b; MENDONÇA, 2002).

O Art. 5º do ECA, confirmando a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, afirma: “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”. Com relação ao direito ao respeito e a dignidade, encontramos no Art. 15º que a criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na constituição e nas leis. O direito ao respeito consiste, segundo o ECA, na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (BRASIL, 2001b).

A lei brasileira, como as leis atuais de diversos países, traz o princípio da Doutrina Jurídica da Proteção Integral, sendo derivada da Declaração Universal dos Direitos da Criança, consagrada na Convenção das Nações Unidas. A proteção integral, prevista no ECA, considera a condição de pessoa em desenvolvimento, própria da criança e do adolescente, prevendo para eles o atendimento às suas necessidades com prioridade absoluta (BRASIL, 2001b; MENDONÇA, 2002; ROQUE; FERRIANI, 2002).

A Lei nº 8.080/1990, que estabelece as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), traz em seu conteúdo medidas de proteção aos direitos humanos, quando considera a saúde um direito fundamental do ser humano. O documento reconhece os diversos fatores determinantes e condicionantes da saúde e considera que as ações de saúde se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Para a garantia dessas condições, a lei prevê a formulação e execução de políticas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O ECA, como o Sistema Único de Saúde (SUS), observa princípios como: a universalidade (direitos para todas as crianças e adolescentes, sem exceção), a equidade e a integralidade. Para Mendonça (2002), o ECA revela-se um importante instrumento

de promoção da saúde e da qualidade de vida das crianças e dos adolescentes. Com um modo de pensar e de operar articulado às políticas dos diversos setores, contribui para a implementação de ações que possibilitam responder às necessidades individuais e sociais desse grupo social.

A estratégia de atuação proposta pelo ECA sintoniza com a proposta de promoção da saúde como qualidade de vida, defendida pelo SUS, que se preocupa ainda com violência, acidentes, desemprego, fome, habitação inadequada, má qualidade do ar e da água, falta de saneamento básico, de saúde, de educação (BUS, 2000). Relacionar o conceito de saúde à qualidade de vida permite ao profissional de saúde a compreensão e a abordagem desses aspectos com vistas a potencializar formas mais amplas de proteção à criança e ao adolescente.

O texto do ECA é o melhor exemplo das formas de proteção preconizadas na política de atendimento estabelecida por essa Lei, a saber: políticas sociais básicas para todos; políticas assistenciais para os que precisam; política de proteção especial, para os que estão em situação pessoal ou social de risco (BRASIL, 2001b).

E. Faleiros (2000) discute o conceito proposto pela Associação Psiquiátrica Americana, que define os comportamentos sexuais criminosos como parafílicos. E explica que etimologicamente parafilia significa para = desvio e filia = aquilo para que a pessoa é atraída. Essa classificação é reconhecida internacionalmente no Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais. A autora entende o abuso sexual como um relacionamento interpessoal sexual parafílico.

No Brasil, para a responsabilização do agressor, os operadores do direito utilizam o Código Penal Brasileiro, Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, que tem terminologias e definições próprias e só recentemente foi revisto superficialmente. O Código Penal aborda o Estupro no Art. 213 “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça: Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos”. Parágrafo único – (Revogado pela Lei n.º 9.281, de 04-06-1996).

O atentado violento ao pudor é tratado no Art. 214 “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal: Pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos”. Parágrafo

único – (Revogado pela Lei n.º 9.281, de 04-06-1996). A Lei considera atentado violento ao pudor todas as formas de abuso sexual, excetuando-se o estupro.

O Código Penal define a idade de 18 anos como idade de consentimento para relações sexuais. Por lei, a menina não pode consentir, pois se compreende que não tem maturidade para compreender e assumir as conseqüências de uma relação sexual.

O código Penal, no Art. 224 considera corrupção de menores “corromper ou facilitar a corrupção de pessoa maior de 14 anos e menor de 18 anos, com ela praticando ato de libidinagem, ou induzindo-a a praticá-lo ou presenciá-lo”. Para este crime está prevista pena de 1 a 4 anos. O mesmo documento, no Art. 218, considera presunção de violência, se a vítima não é maior de 14 anos, é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância ou a vítima não pode por qualquer outra causa oferecer resistência. Portanto, até a idade de 14 anos, mesmo que a menina consinta, qualquer ato sexual é considerado violência presumida.

Com relação à penetração anal nos casos de ambos os sexos, a lei apresenta conceituação diferente, mas a mesma tendência para interpretação quanto à classificação criminal (PINTO et al., 2001). Em todos os casos, para instauração de inquérito, a vítima será examinada por médico legista em busca de provas materiais para tipificação do crime.

A tipificação do crime, mesmo para os operadores do direito não é tarefa fácil, visto ser o Código Penal permeado de elementos subjetivos que dão margem a interpretações diferentes, embora isso não signifique que se pode dispensar o discernimento e o bom senso de quem o coloca em prática (OLIVEIRA, 2003).

Considerando a assimetria existente nas relações abusivas, a criança não deverá ser responsabilizada e deverá ser beneficiada pelos cuidados necessários à sua recuperação, além de se proceder à responsabilização do agressor. Para a proteção da criança e do adolescente e para a defesa dos seus direitos, o ECA envolve todos os cidadãos, conforme pode se constatar no Art. 4º dessa Lei:

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

Alguns atores são contemplados de modo específico na Lei. O artigo 245 do ECA, no capítulo II, que trata das infrações administrativas, prevê punição para os profissionais e instituições que atuam junto a crianças e adolescentes, se:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

O imperativo para essa determinação deve-se às oportunidades que têm os profissionais de saúde, por exemplo, de ter acesso à criança, ao adolescente e a suas famílias e em alguns casos a suas residências. Nessas oportunidades podem ser realizados procedimentos como anamnese e/ou exame físico, que possibilitam a identificação de situações de risco, especificamente da violência contra o grupo populacional em questão.

Causador de vários danos biopsicossociais, o abuso sexual consiste em uma situação pessoal e social de risco e é geradora de várias necessidades para crianças e adolescentes (RIBEIRO et al., 2004; ROQUE; FERRIANI, 2002). O abuso sexual, além de ser uma situação traumática, ainda pode ocasionar as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce e/ou indesejada, nos casos em que não se adota a anticoncepção de emergência. O manejo da gravidez em situação de violência exige do profissional de saúde o conhecimento sobre os aspectos psicossociais e jurídicos envolvidos. A gestação, o parto e a chegada de uma criança concebida em tais circunstâncias causam vários transtornos à saúde física e psíquica da vítima de abuso sexual (BRASIL, 2002a; 2005c; 2005 d; HABIGZANG et al., 2005).

Considerando esses e vários outros aspectos, o abortamento pós-estupro é permitido por lei, conforme o art. 128, inciso II do Código Penal. Quando resultante de atentado violento ao pudor, os casos são tratados por analogia (PINTO et al., 2001). O Ministério da Saúde, observando o disposto no art. 128 do Código Penal Brasileiro, regula a interrupção de gravidez prevista em lei na Portaria GM/MS Nº 1.508/2005 e anexos. Esse tipo de abortamento é considerado sentimental, humanístico ou ético. O aborto pós-estupro é um direito previsto em lei e não está condicionado à decisão judicial ou à apresentação de boletim de ocorrência policial (BRASIL, 2005a; 2005d).

Alguns profissionais vivem problemas de consciência e se recusam a cumprir essa lei. Nesses casos o serviço de saúde deve assumir o atendimento, providenciando outro profissional para a realização do procedimento em tempo hábil e com ações humanizadas. O profissional tem direito de se recusar a realizar o abortamento, por questões pessoais, conforme a Lei do Exercício Profissional, no entanto a criança ou adolescente vítima de abuso sexual tem o direito de ser beneficiada pela lei que a protege.

O enfrentamento do abuso sexual e dos seus desdobramentos demanda uma política de prevenção universal e de proteção especial para as vítimas. A política que está definida no ECA para a defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes define também as estratégias a serem utilizadas na defesa desses direitos. No Art. 18º do ECA, encontramos que “é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”.

O enfrentamento da violência pelo setor saúde requer medidas com vistas à proteção das crianças e dos adolescentes, à promoção da saúde e à prevenção da violência. Depois da notificação do fato, inicia-se um processo que visa a interromper comportamentos violentos contra as vítimas, desencadeando-se ações de vários setores para proteção das vítimas e responsabilização dos agressores (BRASIL, 2002b; FALEIROS; FALEIROS, 2001; FERREIRA, 2002, RIBEIRO et al., 2004).

A notificação dos maus tratos praticados contra crianças e adolescentes tornou-se obrigatória para os profissionais de saúde através de lei federal, por meio da portaria nº 1.968/2001 MS (BRASIL, 2002b). A partir dessa lei, vários governos estaduais e municipais decretaram essa obrigatoriedade para os trabalhadores da saúde. Em vários estados e municípios, foram elaboradas fichas para notificação e estabelecido fluxo de vigilância. Em 2006, foi elaborada no Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) uma ficha de notificação pela equipe da Área Técnica de Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências, Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, do Departamento de Análise de Situação em Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde em parceria com diversos setores internos. A ficha de notificação foi aperfeiçoada em reuniões diversas da referida equipe com consultores de universidades e secretarias de saúde de todo o país, visando à sua adoção por secretarias de saúde de todos os estados

e municípios. A atual ficha contempla a notificação obrigatória de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes, prevista no art. 13 da Lei 8.068/1990 – ECA. A Lei nº 10.778/2003 regula a notificação compulsória da violência contra a mulher e a Lei nº 10.741/2003 determina a notificação de violência contra idosos às autoridades competentes.

No Estado do Ceará, o setor saúde teve como primeira iniciativa a Lei nº 12.242 de 29/12/1993, publicada em 30/12/1993, que determina aos órgãos públicos conveniados com o SUS a constituição de Comissões Hospitalares de Prevenção aos Maus tratos à Infância e Adolescência, citada pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância – UNICEF (UNICEF, 2004).

Brasil (2002b) e Silva e Silva (2003) defendem a notificação dos casos de abuso sexual, como das demais formas de violência, também à vigilância epidemiológica, pois os números obtidos auxiliam no planejamento de políticas públicas no âmbito da promoção e da assistência à saúde e ainda permitem o desenvolvimento de pesquisas que resultam no conhecimento da dinâmica familiar. Porém, ainda se precisa empreender grande esforço na conscientização do profissional para a notificação ao Conselho Tutelar, com vistas ao desencadeamento das medidas protetivas.

O abuso sexual de crianças e adolescentes tem maior incidência na esfera privada, sendo os familiares os abusadores mais frequentes. Essa questão coloca muitas vezes o profissional de saúde em um dilema moral e ético que envolve a quebra de sigilo, quando se trata da notificação. Porém, experiências diversas mostram a importância de se transportar o tema violência da esfera privada para a pública, pois tal situação remete à dimensão ética da lei do exercício profissional das várias categorias que atuam junto à criança e ao adolescente.

Silva e Silva (2003) chamam atenção para o atendimento interdisciplinar, que requer o compartilhamento de informações, devendo o profissional disponibilizar para a equipe os dados necessários aos cuidados, incluindo a proteção do cliente. Scodelario (2002) afirma que vários profissionais, principalmente da área de psicologia, freqüentemente, em nome do sigilo profissional participam de um complô do silêncio, deixando a criança ou adolescente em risco. Os códigos de ética de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social (COFEN, 1999; CFM, 1988; CFP, 1987; CFSS, 1993) não

tratam de modo específico do tema violência, mas consideram dever do profissional a proteção de seus clientes em situações graves, sendo imprescindível a revelação do fato com a finalidade de proteção às vítimas. Nesses casos, configura-se como justa causa a comunicação das situações de violência às autoridades competentes pelos profissionais de saúde.

Conforme o ECA, a comunicação ou notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais, pois esse órgão é encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos na Lei. Sendo órgão permanente, autônomo e não jurisdicional, o Conselho Tutelar segue, conforme Alberton (1999), alguns passos para a proteção de crianças e adolescentes em situação de violência: acolher a denúncia; averiguar; encaminhar aos serviços específicos para avaliação; encaminhar a um serviço de saúde; orientar; noticiar ao Ministério Público; representar ao Juiz da Infância e Juventude; aplicar medidas de proteção e acompanhar os casos.

A comunicação pode ser feita também à Delegacia Especializada, ao Ministério Público e/ou ao Juizado da Infância e da Juventude, nas localidades onde não há Conselho Tutelar (BRASIL, 2001b; FALEIROS; FALEIROS, 2001).

Os casos de abuso sexual de crianças e adolescentes, ao saírem do serviço de saúde na forma de notificação, seguem um caminho previsto em lei. Primeiramente a notificação é encaminhada ao Conselho Tutelar, podendo também seguir para a Delegacia especializada e Ministério Público. O Conselho Tutelar faz sua denúncia à Delegacia especializada, que, por sua vez, encaminha a criança ao Instituto de Medicina Legal (IML) para coleta de provas materiais através do exame de corpo de delito. O inquérito policial é instaurado e se procede à apuração dos fatos com depoimentos da vítima e das testemunhas. O relatório final da delegacia é encaminhado ao Ministério Público, que oferece denúncia e qualifica o crime, encaminhando o caso à Vara de Crimes contra Crianças e Adolescentes, quando se darão os procedimentos judiciais, com o atendimento jurídico-social (BRASIL, 2001b; MENDONÇA, 2002; MIRANDA, 2002).

O ECA preconiza no Art. 98 um conjunto de medidas, que objetivam a proteção às vítimas de violência e que a autoridade competente poderá determinar. Essas medidas, que envolvem ações de vários setores, são, entre outras, as seguintes: encaminhamento aos pais ou responsáveis, mediante termo de responsabilidade; orientação, apoio e acompanhamento temporários; matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental; inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários de álcool e outras drogas; abrigo em entidade; colocação em família substituta.

Percebe-se que o ECA prevê ações articuladas e em redes interinstitucionais e intersetoriais, compostas por serviços públicos e por organizações da sociedade civil. Porém, na prática, o que se observa é a necessidade de fortalecimento das instituições, com o incremento de recursos materiais e de uma retaguarda, com um sistema de referência e contra-referência eficiente, já que os modelos de atuação utilizados são diferentes do que preconiza o ECA, sendo as ações desarticuladas e fragmentadas, deixando muito a desejar para que possam ser consideradas ações em rede (BRASIL, 2002b; MIRANDA, 2002).

Miranda (2002), em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, constata que a resolubilidade de um caso em termos judiciais tem um percurso complexo, árduo e moroso, principalmente para as vítimas, sendo completado em torno de quatro anos. Em pesquisa realizada pelo UNICEF (2002), os autores relatam que o tempo para um processo judicial chegar à sentença atinge no mínimo cinco anos. Por vários motivos, incluindo falhas na coleta das informações que deveriam ser usadas a favor da criança, pode não ocorrer a confirmação do abuso e a responsabilização do agressor. Por isso, é importante que todos que atendem à criança e ao adolescente vitimizados contribuam com o preenchimento de dados da forma mais completa possível nos prontuários, nas fichas de notificação e nos relatórios para encaminhamento, para se evitar que uma trajetória tão difícil resulte em injustiça para a vítima, por ineficiência de quem deveria protegê-la. Fürniss (1993) afirma que quando a instância superior, ou seja, o judiciário declara inocente um verdadeiro abusador, ele recebe a permissão implícita para continuar o abuso, que volta a ocorrer frequentemente com maior gravidade.

É notório que alguns profissionais de saúde têm dificuldade primeiramente de admitir que estão realmente diante de um caso de abuso sexual, depois quanto a notificar ou não, por temerem a acusação de um inocente e por não confiarem no relato da criança. Fűrniiss (1993) e Gabel (1997) demonstram que a probabilidade de a criança estar mentindo é mínima, pois ela não tem elementos para relatar experiências sexuais. Além disso, alguns recursos podem ser utilizados para se compartilhar impressões e esclarecer dúvidas em relação ao diagnóstico, como as reuniões de equipes multiprofissionais. Ainda, a notificação da violência informa que há uma criança ou adolescente em situação de abuso sexual e não que uma determinada pessoa é abusadora. Sendo assim, após a notificação haverá a investigação para a devida responsabilização.

Mesmo assim, para que a criança seja protegida é importante que o profissional de saúde saiba quem é o agressor. Na maioria dos casos, o abusador é da família ou é outra pessoa de confiança, que tem fácil acesso à criança. Quando ocorre a responsabilização do agressor, ao mesmo tempo em que se fecha um círculo, promove-se uma reparação para a vítima e estimula-se a sociedade a denunciar novos casos. Com a responsabilização, concretiza-se a proteção à criança, pois, de todo o sistema de garantia de direitos, somente o poder judiciário determinará o afastamento do agressor do convívio com a vítima, interrompendo o ciclo de violência perpetrada por esse agressor em relação a essa vítima (FALEIROS; FALEIROS, 2001; BRASIL, 2002b; MENDONÇA, 2002; MIRANDA, 2002; SILVA; SILVA, 2003). Tal determinação encontra-se no texto do ECA (BRASIL, 2001b), no Art. 130 “Verificada a hipótese de maus tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum”.

Faleiros e Faleiros (2001) advertem para a necessidade de que se contemple, além da concepção jurídico-policia, repressiva e punitiva, a punição do abusador. Na situação emergencial e em todo o processo, há necessidade de acompanhar a saúde biopsicossocial da vítima, o que em muitos casos é negligenciado. O abuso sexual é considerado por E. Faleiros (2000) como de importante gravidade, por ser organizador de estruturas psíquicas e sociais, principalmente nos casos de abuso de longa duração. Visando a minimizar os danos causados pelo abuso, a política de atendimento é bem

definida pelo ECA no inciso III do Art. 87, que prevê duas linhas de ação: “serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus tratos exploração, abuso crueldade e opressão”. Desse modo, a lei determina a criação de instrumentos para o cuidado às vítimas.

A efetivação dessa política de atendimento, com a criação de serviços de atenção à saúde das vítimas no Brasil, se dá lentamente e precisa ser incrementada, para que haja no interior do setor saúde um sistema de referência e contra-referência eficiente e que se privilegie o cuidado, a atenção à saúde e a defesa dos direitos, dentro de padrões adequados às necessidades referentes à saúde integral da criança e do adolescente vitimizados. Esses serviços devem funcionar integrados e compor o sistema de garantia de direitos, em uma rede prevista desde a elaboração do texto do ECA em 1990. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a) recomenda que todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes sejam embasados pela promoção da saúde.

### 3.2 A QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA A ABORDAGEM DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O problema da violência sempre existiu no cotidiano dos profissionais de saúde, porém no Brasil, só a partir dos anos 1990 começou a ser enfrentado de modo sistemático. Atualmente sabe-se que as unidades de saúde são a porta de entrada preferencial dos episódios de violência, devido aos agravos à saúde que esses eventos provocam.

A Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01 (2001a) refere que geralmente os profissionais de saúde são os primeiros a serem informados sobre episódios de violência. Em geral, o motivo da procura do atendimento não é declarado, sendo mascarado por outras queixas que não se configuram em elementos para um diagnóstico dentro da sistemática com a qual o profissional de saúde foi treinado.

Deve-se dar atenção ao respeito necessário no atendimento às vítimas de violência, o que nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja

na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e em outros órgãos envolvidos (BRASIL, 2001a). As vítimas de violência, quando buscam atendimento nos serviços de saúde, muitas vezes são submetidas a um modelo de assistência que lhes acarreta uma outra forma de violência, a violência institucional (DESLANDES, 1994).

Nos casos de violência contra crianças e adolescentes, o atendimento apresenta dificuldades adicionais, visto que o acompanhante pode ser o próprio agressor ou alguém que tenha interesse em guardar o segredo. Nesses casos, em geral, o informante omite informações importantes e/ou faz relatos falsos de acidentes ou doenças que teriam ocasionado as lesões (SILVA; SILVA, 2003).

Quando se trata de abuso sexual, aumentam as dificuldades para tipificação, pois a maioria dos abusos de crianças e adolescentes é do tipo atentado violento ao pudor, de modo que não ficam as marcas físicas comprovadas e não há testemunhas, ocorrendo sob a proteção do muro do silêncio, tão bem construído pelo abusador e por outras pessoas que com ele fazem o pacto do silêncio (UNICEF, 2002). É necessário saber observar sinais subjetivos do abuso no comportamento da criança e da família. Mas a vítima está ali, diante de nós, esperando que sua tragédia seja descoberta, para que tenha fim. Então, como ver o invisível? Na verdade o abuso sexual e os danos à vítima não são invisíveis. Não para um examinador treinado, sensibilizado, que se coloca numa atitude de cuidado. Não para um profissional de saúde que tem a visão da integralidade da saúde e desta como qualidade de vida.

Os casos de abuso sexual são de difícil enfrentamento tanto para os profissionais que estão na “ponta”, assistindo diretamente às crianças e aos adolescentes vitimizados e a suas famílias, como para os estudiosos do tema. Além disso, o estado da arte desse tema ainda possui muitas lacunas, para que se atinja o padrão de atendimento satisfatório. O desconhecimento técnico e teórico sobre o abuso sexual nos distancia de um modelo de atendimento adequado para as pessoas afetadas por esse problema (FURNISS, 1993; OLIVEIRA, 2003; HABIGZANG; CAMINHA, 2004; RIBEIRO et al., 2004).

Os profissionais do setor saúde, assim como de todos os setores, têm dificuldade em trabalhar questões percebidas como morais, culturais, sociais e psicológicas. Ao se deparar com um caso de abuso sexual, o profissional de saúde precisa entrar em contato

com aspectos de sua existência, seus conceitos, sua visão de mundo e suas experiências relacionadas à família, ao afeto e à sexualidade (FERREIRA, 2002; OLIVEIRA, 2003). Sabemos que essa construção ao longo da vida deixa marcas que se carregam para sempre, interferindo nas decisões dos profissionais, no modo de perceber as situações e agir diante dos problemas com os quais estes se deparam.

Um exemplo das dificuldades vivenciadas pelos profissionais é a questão da inviolabilidade do lar. Nos casos de violência intrafamiliar, mesmo diante de ameaça à saúde e à vida da criança, muitos profissionais ainda se questionam se devem “violiar” aquele lar com a notificação do abuso.

Tendo sido revelado o abuso sexual, o profissional de saúde deverá atuar a partir dessa realidade. Pires et al. (2005) afirmam que os pediatras que atuam nos serviços privados, trabalhando sem o apoio institucional, sentem-se sós. Por isso teriam suas iniciativas inibidas em relação à notificação dos casos de maus-tratos. Os autores entendem que o acesso ao treinamento e à qualificação para condução dos casos contribui para que o pediatra sintam-se seguros e possa oferecer uma assistência mais adequada às vítimas e a suas famílias.

Outra questão é o significado que o abuso sexual de crianças e adolescentes tem para o profissional de saúde. Esse significado não é único para todos, pois depende de suas vivências pessoais e profissionais e de sua formação acadêmica (FÜRNISS, 1993). A discussão do tema em fóruns diversos tem permitido que o conhecimento desses profissionais aos poucos se afaste do senso comum, que mitifica e naturaliza a violência e se aproxime do conhecimento científico, que já comprovou vários danos causados pelo abuso sexual à saúde integral de crianças e adolescentes.

Os casos de abuso sexual levam o profissional a entrar em contato com sentimentos de incredulidade, revolta, angústia, etc. Tais sentimentos podem resultar em negação do abuso com diagnóstico negativo ou atitudes intempestivas de julgamento e punição da família, por esta não ter protegido a criança ou por ter cometido o abuso. Os sentimentos ambivalentes em relação à vítima e a sua família são relatados por vários autores, sendo identificados na forma de atitudes ora de cuidado e atenção, ora de dúvida quanto à veracidade da revelação e ao desejo de punição (FURNISS, 1993; GABEL, 1997; FERRARI, 2002; OLIVEIRA, 2003).

Moura e Reichnheim (2005), em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, contrastam a magnitude da violência intrafamiliar, aferida ativamente com a casuística espontânea de um serviço de saúde. Nesse estudo, a busca ativa identificou 55,9% de prevalência, enquanto que na casuística espontânea 3,3%. Os autores chamam atenção para a necessidade de rever a abordagem da violência familiar nos serviços de saúde e discutem os motivos do baixo índice de identificação e encaminhamento dos casos. Concordando com essa idéia, Araújo (2002) admite as dificuldades dos profissionais de saúde especificamente no atendimento aos casos de abuso sexual, por gerar dúvidas e muita ansiedade. A autora afirma que, na rede de saúde, esses casos são submetidos a um “jogo-de-empurra” entre os profissionais e instituições e atribui esses problemas a várias questões, colocando em primeiro lugar a falta de treinamento adequado para atuação nessa temática.

Verguer et al. (1998) questionam como uma mulher em situação de violência conjugal poderia sentir-se à vontade para revelar tal situação ao profissional de saúde, encontrando-se assustada, com baixa auto-estima, esforçando-se para proteger seu parceiro. Os autores recomendam que os profissionais de saúde sejam capacitados para adquirir conhecimentos e habilidades que lhes permitam intervir de maneira adequada. Na mesma linha, abordando o abuso sexual de crianças, Oliveira (2003) afirma que a não revelação não se dá somente pela abstenção da pessoa que não deseja se expor, mas também porque não encontra no profissional o ouvinte de que precisa.

No estudo realizado por Moura e Reichheim (2005), os casos mais freqüentemente identificados pelos profissionais de saúde são aqueles que se apresentam com lesões corporais graves, pois se trata de sinais facilmente verificáveis pelo padrão rotineiro na ótica assistencial. Porém, as formas que requerem um grau de suspeição elevado para sua detecção e que exigem que o profissional esteja sensibilizado dificilmente são identificados.

A pouca ênfase do tema violência nos cursos de graduação é um agravante para as dificuldades na abordagem dos casos no cotidiano dos profissionais. O ensino predominante é aquele focado nos temas mais palpáveis, biologicistas, com resolução mais objetiva e centrada em uma determinada categoria profissional. Visão que se opõe à subjetividade, humanização e interdisciplinaridade necessárias ao cuidado à criança em situação de abuso sexual (MOURA; REICHNHEIM, 2005; OLIVEIRA, 2005).

Oliveira (2005), em pesquisa realizada no estado do Ceará, avaliando o currículo dos cursos de graduação em Enfermagem, estudou a abordagem da violência e suas implicações para a saúde pública. O estudo constata que, como na realidade predominante no Brasil, a formação dos acadêmicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem adquire uma característica tecnicista e pouco reflexiva acerca das questões sociais relacionadas à saúde das coletividades. A autora encontrou também que, na ótica de 66,6% dos acadêmicos, sua capacidade de intervenção em situações que envolvam violência pode ser classificada como ruim ou regular, enquanto que 33,3% se percebem com boa capacidade.

Deslandes (1994) afirma ser uma realidade possível a identificação de casos de violência que chegam aos serviços de saúde, desde que sejam oferecidas as devidas condições instrumentais e esclarecidas as responsabilidades dos profissionais de saúde com as crianças e adolescentes. Para isso, de acordo com Silva e Silva (2003), os profissionais precisam ter um instrumental teórico e prático baseado na proteção integral, que os capacite para oferecer os cuidados à criança e ao adolescente.

A política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a) recomenda, entre outras ações, que os gestores da esfera estadual e municipal de saúde viabilizem a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública para estabelecer protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e violências, visando a somar esforços na prevenção desses agravos. Recomenda ainda a referida portaria capacitação dos trabalhadores em saúde para atuarem na prevenção da violência e na promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, levando em conta as características sociais, culturais e a vulnerabilidade de cada grupo populacional. Concordando com essa idéia, Rocha (2003) chama atenção para a necessidade de se aprender a observar, interpretar e compreender as experiências e necessidades cognitivas, culturais e sociais, no âmbito da realidade social em que vivem as pessoas e grupos com os quais se trabalha.

A política do MS considera insatisfatório o quadro em relação aos recursos humanos, tanto em termos quantitativos como qualitativos. A participação das universidades na formação dos profissionais deve ser mais efetiva, com a capacitação para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, como também para o desenvolvimento de medidas preventivas.

A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) no Título VIII, capítulo III, seção I, sobre a educação, no art. 205 diz que “(...) será promovida e incentivada com a colaboração, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. Enquanto no mesmo Título, capítulo II, seção II, sobre a saúde, no art. 200, como uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS), no inciso III “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Desse modo, para a abordagem do tema violência, entendemos que se faz necessária a atuação integrada da Universidade com o setor saúde, bem como com outros setores.

Sendo a universidade uma instituição social de nível superior destinada ao cultivo de saberes em um processo de formação dos indivíduos e das sociedades, é sua responsabilidade formar uma massa crítica competente, para intervir efetivamente nos problemas sociais. A universidade deve ter em sua essência essa preocupação com as mudanças e/ou melhorias de indicadores que apontam para a necessidade de mudanças (SILVA, 2003). Dessa forma, é função da universidade formar profissionais de saúde aptos a lidarem com a violência, vista como um problema de saúde pública a ser solucionado.

A Lei de Diretrizes e Bases – LDB (BRASIL, 1996), que estabelece as bases da educação no Brasil, em seu artigo 1º considera que:

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

A LDB entende como princípios e fins da educação nacional, entre outros, estar vinculada ao mundo do trabalho e à prática social, promovendo o desenvolvimento do educando e preparando-o para o exercício da cidadania.

Em sintonia com a LDB, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área de saúde no Brasil (BRASIL, 2001d), que dispõe sobre os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição têm como objeto a construção de um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos que contemplem perspectivas e abordagens contemporâneas. As diretrizes têm como objetivo:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a

conhecer, garantindo a participação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidade.

Para atingir os objetivos das diretrizes, foi traçado o perfil esperado para os egressos de cada curso da área de saúde. Os perfis convergem em alguns aspectos, como ser humanista, crítico, reflexivo e capacitado a atuar pautado em princípios éticos, nos diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Os perfis ainda abordam a importância da atuação na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2001d; 2002c; 2002d). A partir dos perfis dos cursos, observando as convergências, podemos considerar a necessidade de uma homogeneidade de perfis, necessária à atuação junto à criança em situação de abuso sexual. Poderíamos considerar também que o profissional, independente da graduação que tenha cursado, poderá desenvolver competências e habilidades apropriadas à atuação nos casos de abuso sexual.

A formação dos profissionais de saúde com o perfil acima, além das competências e habilidades específicas aos egressos de cada curso, apresentam convergências de interesse para o tema em estudo, ou seja, o atendimento à criança e ao adolescente em situação de abuso sexual. São aspectos genéricos, mas necessários à formação do profissional, que além dos temas consolidados e amplamente difundidos para a assistência à saúde de forma medicalizada, se deparará com situações que requerem capacidade de adaptação às mudanças de paradigma do setor saúde, a partir das novas demandas advindas da sociedade.

As competências e habilidades gerais contempladas pelas diretrizes curriculares dos cursos são atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. As competências e habilidades específicas apresentam convergências quanto à visão de integralidade na aplicação dos conhecimentos e à visão holística. A importância do trabalho em equipe é percebida, constando a necessidade de atuação em equipe multidisciplinar (BRASIL, 2001d; 2002c; 2002d).

Especificamente as diretrizes curriculares do curso de Psicologia (BRASIL, 2002c) abordam a necessidade de formar profissionais capazes de olhar os desafios que o futuro

coloca, com compromisso com a superação dos problemas sociais e humanos que marcam o nosso tempo. Alarcão (2005) evidencia que a competência profissional é composta de micro-competências, envolvendo em si mesma subcompetências fundamentais, a saber: a competência cognitiva; a competência técnica e a competência comunicacional.

Competência cognitiva, porque permite ao profissional pensar no propósito do próprio conhecimento numa direção dinâmica de conhecer construindo, reconstruindo e transformando a realidade. Implica entre outras coisas a identificação das necessidades do cliente, a análise e interpretação das informações colhidas, o planejamento das atividades de acordo com as prioridades de cada situação, a compreensão e justificativa das intervenções, a avaliação das condutas adotadas (ALARCÃO, 2005). Fürniss (1993) afirma serem necessárias habilidades que conduzam à abordagem do processo orientada para o problema do abuso.

A competência técnica é subdividida em micro-competências como: efetuar corretamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas, possuir destreza manual e utilizar o material adequado a cada situação (ALARCÃO, 2005). Silva e Silva (2003) afirmam que, do ponto de vista dos procedimentos técnicos, a assistência à criança e ao adolescente vitimizados é semelhante à assistência prestada nos casos de acidentes e patologias, como as quedas e infecções. Por isso o profissional de saúde deve ser preparado para o que sempre foi de sua competência, além das novas competências a serem adquiridas, demandadas do enfrentamento da violência pelo setor saúde.

A competência para a comunicação implica saber ouvir, comunicar de modo adequado às necessidades individuais da criança e sua família, oferecer as orientações necessárias, registrar de forma sistematizada as informações, oferecer informações corretas e pertinentes e estabelecer uma relação de ajuda (ALARCÃO, 2005; AYRES, 2004).

As diretrizes curriculares do curso de Psicologia chamam atenção para a necessidade da atuação inter e multiprofissional, sempre que a compreensão dos processos e fenômenos envolvidos o recomendar (BRASIL, 2002c). A atuação interdisciplinar é

apresentada por diversos autores como o meio possível para a assistência integral e efetiva às vítimas de violência.

Fürniss (1993, p. 98) considera que “o abuso sexual da criança é um problema maior do que o esforço, as capacidades e as responsabilidades que uma única profissão consegue abranger. É uma questão verdadeiramente multidisciplinar e metassistêmica”. Compreendemos que, dada essa complexidade, o abuso sexual deve ser abordado numa ótica interdisciplinar. Para o melhor entendimento da importância da interdisciplinaridade na assistência à criança e ao adolescente em situação de violência, convém adentrarmos no conceito e utilizações desse recurso.

A disciplina, entendida como um conjunto de conhecimentos específicos corresponde a um saber especializado, ordenado e profundo, que permite o conhecimento da realidade a partir de especificidades, ao mesmo tempo em que não considera o todo de que faz parte. Esse enfoque possibilitou à humanidade um conjunto de conhecimentos de múltiplos e diversos aspectos (LÜCK, 1995). Na perspectiva da autora, “os ganhos que possam promover, no entanto dependem de uma visão de conjunto capaz de dar a devida importância a todos os aspectos em conjunto e de forma interativa” (LÜCK, 1995, p 38).

A visão integradora, presente na LDB e nas Diretrizes Curriculares, mas ainda não contemplada na prática docente e profissional está presente no conceito de interdisciplinaridade. Para Lück (1995), a interdisciplinaridade articula e produz coerência entre os vários fragmentos do acervo de conhecimentos da humanidade. Ainda, através da interdisciplinaridade, busca-se estabelecer o sentido de unidade na diversidade, mediante uma visão de conjunto.

A interdisciplinaridade comporta em si a idéia de uma relação dinâmica entre os saberes e a abertura a outras disciplinas. As ações interdisciplinares proporcionam a co-construção motivada por interesse comum, que implica a colaboração e a articulação (ALARCÃO, 2005; BACKES et al., 2005).

No exercício de suas atividades, o profissional de saúde atua em um nível que está além das disciplinas, quando desenvolve um trabalho em conjunto com outros membros de diferentes especialidades (ALARCÃO, 2005). Na atuação interdisciplinar, os

membros da equipe devem estar envolvidos de modo que sejam maximizadas oportunidades para trocas necessárias à execução das tarefas (BACKES et al., 2005). A interdisciplinaridade é um instrumento de grande importância para viabilização da assistência integral, necessária ao cuidado às vítimas de abuso sexual, pois requer ações e práticas, só possíveis de serem realizadas através de um conjunto de disciplinas encontradas no setor saúde e em outros setores.

A interdisciplinaridade otimiza a assistência à criança e ao adolescente em situação de abuso sexual, porque humaniza o cuidado e humaniza as relações de trabalho do profissional de saúde (BACKES et al., 2005). A solidão do profissional de saúde quando atua nos casos de maus tratos, referida por Pires et al. (2005), é atenuada quando o atendimento se dá através de ações interdisciplinares, pois existe o apoio mútuo nas discussões, nas tomadas de decisão e no acompanhamento das vítimas.

Backes et al. (2005) e Oliveira (2005) apontam para a necessidade de uma mudança de atitude tecnicista para uma visão mais integral do ser humano e das sociedades, com o desenvolvimento de atividades que envolvem manejo de informações, códigos e conhecimentos abstratos, e atividades integradas.

Os desafios na formação acadêmica são abordados de modo bem específico por Oliveira (2003), na obra intitulada *Abuso sexual de crianças e adolescentes: desafios na qualificação profissional*. Em capítulo no qual é abordada a participação da universidade, Silva (2003) considera que essa instituição de ensino tem o compromisso na educação do ser humano de modo geral. A autora se refere ao aspecto profissionalizante e ao compromisso de formação que leva a um agir de excelência e ético e ainda:

O compromisso educativo ultrapassa de um lado o tecnicismo, isto é, as respostas prontas e fechadas que conduzem ao enquadramento das pessoas de forma repetitiva e, de outro lado, a indiferença pelas condições humanas envolvidas na trama da violência, implicando em ausência de cidadania (SILVA, 2003 p. 76).

Outro aspecto para o qual a autora chama atenção é que, sobretudo no meio universitário, é importante se proporcionar uma experiência de aprendizagem dialogada, que consiste em provocar oportunidades em que educador e educando estudarão um fenômeno novo no sentido da abordagem, mas velho nas relações sociais, familiares,

nas relações interpessoais. A experiência do diálogo como uma vivência pedagógica, na produção do conhecimento contribui com a qualificação para o diálogo nas relações com a pessoa vitimizada, tanto para os profissionais de ensino superior como para os profissionais de outros níveis:

Isso porque a Universidade trabalha não apenas formando bacharéis, mas também com outras pessoas que estão em seu campus querendo discutir e aprender a respeito de determinadas questões, como por exemplo, a violência (SILVA, 2003 p. 77).

De acordo com Minayo (1994, p. 68), “(...) a lógica dialética introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que explica a transformação”. Os conflitos e dificuldades para o enfrentamento da violência não são questões pontuais do nosso tempo, mas fervilham ao longo da história, esperando o ponto de ebulição para a transformação mais radical do nosso ser e fazer profissional.

Assim, atuando no ensino do tema violência contra crianças e adolescentes, entendemos que é imprescindível a abordagem na graduação, com um trabalho cuidadoso na conceituação e no diagnóstico, bem como nas condutas a serem adotadas para o tratamento e os encaminhamentos. Porém, ao chegar ao serviço, o profissional de saúde depara-se com dificuldades jamais imaginadas no período de graduação. Nesse momento, é necessário oferecer nova oportunidade de qualificação. Oliveira (2003), relatando sua experiência nesse tipo de capacitação, afirma que a qualificação profissional para atuar junto às vítimas de violência requer mais do que o domínio dos conceitos técnicos, que são de extrema importância, mas insuficientes para o manejo adequado dos casos. Tais conceitos técnicos permitem ao profissional de saúde concretizar o princípio de aprender a fazer fazendo (e refletindo) e possibilita o desenvolvimento de competências específicas, só possíveis em ambiente real.

Hoje, quando se fala em profissionais de saúde qualificados para atuação na assistência à criança e ao adolescente em situação de abuso sexual, deve-se pensar em todo e qualquer profissional que atua junto a esse grupo populacional. Por isso, não é suficiente ter centros de excelência, enquanto perdem-se oportunidades de proteção às vítimas que são diariamente atendidas nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção. A qualificação deve ser iniciada na universidade e continuada por toda a vida do profissional, para que o mesmo tenha oportunidade de acompanhar as mudanças

ocasionadas pelas demandas da sociedade e pelo progresso científico. A educação deveria ser então, mais que uma ação exercida, um estado permanente para o profissional.

### 3.3 O CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE ABUSO SEXUAL

O atendimento rotineiro dos profissionais de saúde às crianças e adolescentes nos vários níveis de complexidade da rede de assistência, a partir da demanda espontânea ou da busca ativa para ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são oportunidades para prevenção da violência e proteção da criança já vitimizada. Tais ações permitem que o profissional de saúde entre em contato com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual em diversas situações (BRASIL, 2001a; FERREIRA et al., 1999; SILVA; SILVA, 2003).

Os profissionais muitas vezes chamados da “linha de frente” como, por exemplo, os enfermeiros e médicos, têm mais oportunidades de identificar casos de violência contra crianças e adolescentes e especificamente de abuso sexual. A anamnese realizada por esses profissionais, que difere da anamnese social e psicológica é um recurso importante para o conhecimento do contexto em que vive a criança. O exame físico é uma atividade de importância fundamental para a identificação do abuso sexual, sempre que este puder ser identificado por esse tipo de procedimento. Por outro lado, pelo crescente envolvimento em atividades interdisciplinares e pelo caráter específico de suas práticas, os demais profissionais do setor saúde, como assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais tornam-se cada vez mais atuantes. Por isso, o incentivo à atuação integrada e coordenada entre os profissionais que atuam no setor saúde é imprescindível para um cuidado humanizado às crianças e adolescentes vitimizadas pelo abuso sexual (BRASIL, 2001a; 2002a; GOMES et al., 2002; FALEIROS; FALEIROS, 2001).

No atendimento dos casos de abuso sexual de crianças e adolescentes, deve-se ter em mente os danos que essa situação causa à saúde, devendo também haver o compromisso com os princípios da proteção integral da criança (SILVA; SILVA, 2003). A abordagem do abuso sexual é complexa e requer uma rede de profissionais e instituições. Na

abordagem dos casos de abuso sexual, o primeiro objetivo deve ser cessar o abuso e então tratar os traumas físicos e emocionais decorrentes. Tão importante quanto esses objetivos é evitar danos resultantes da intervenção (FÜRNISS, 1993).

A complexidade do abuso sexual e do manejo dos casos pode ser exemplificada pelo tempo decorrido entre o primeiro atendimento e a alta. Essa constatação está registrada em estudos nacionais e internacionais. Ferreira (2002), em estudo no Instituto Martagão Gesteira, no Ambulatório da Família, encontrou o tempo médio de 10,9 meses, enquanto que a mesma autora refere estudos internacionais nos quais Gauderer (1991) recomenda no mínimo um ano para os casos mais severos e Swanstoon et al. (1997), sem determinar o tempo, recomenda um acompanhamento de longa duração devido aos problemas emocionais e comportamentais identificados anos após um primeiro atendimento. Fürniss (1993) relata casos de adultos atendidos em psicoterapia, para abordagem do abuso sexual sofrido na infância.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a) recomenda que todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes sejam embasados pela promoção da saúde. Uma política de atendimento, com a implementação de ações para a assistência à saúde das vítimas deve privilegiar o cuidado e a defesa dos direitos, dentro de padrões adequados às necessidades referentes à saúde integral da criança e do adolescente vitimizados.

Visando ao alcance dos padrões adequados, além de outros recursos, o serviço deve ter normas e rotinas definidas, todavia cada caso deve ser avaliado individualmente e atendido conforme as prioridades identificadas. A equipe deve estabelecer os fluxos de atendimento. Os fluxos construídos pela equipe tendem a ser mais bem aceitos e mais rapidamente assimilados. Considera-se a necessidade da definição dos fluxos internos (dentro da unidade) e externos (da unidade para outros serviços de saúde e de outros setores), estabelecendo uma relação de referência e contra-referência, na qual a criança, adolescente e sua família podem ser atendidos simultaneamente por várias instituições, em ações integradas, dado o caráter multidisciplinar do problema (BRASIL, 2001a; FERREIRA, 2002; OLIVEIRA et al., 2004; SILVA; SILVA, 2003). A organização da assistência com a definição dos fluxos permite maior agilidade ao atendimento e poupa a criança de várias idas ao serviço.

O atendimento à criança e ao adolescente em situação de abuso sexual se dá nos vários níveis de assistência da rede de saúde, através das equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde, em atividades nos domicílios ou nos ambulatórios (BRASIL, 2001a; 2002a).

Em algumas situações, faz-se necessária a hospitalização da criança. O internamento da criança em situação de abuso sexual com o objetivo de protegê-la tem sido discutido no setor saúde (BRASIL, 2002b; FÜRNISS, 1993; NATHANSON, 1997). Quando hospitalizada para o tratamento de agravos decorrentes do abuso, o tempo de permanência no serviço é mais prolongado, o que se opõe à tendência de tempo de hospitalização cada vez mais curta, para as patologias habituais nas unidades de pediatria geral. Para definir a conduta nesse sentido, os profissionais devem refletir juntos, considerando os aspectos biológicos e psicossociais envolvidos no problema (NATHANSON, 1997).

### 3.3.1 O acolhimento

No cuidado à criança, ao adolescente e à sua família, recomenda-se ao profissional de saúde uma atitude de acolhimento. A Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006a) entende o acolhimento como:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006a, p. 35).

A PNH pressupõe o uso dos recursos materiais e humanos dos serviços de saúde em função do bem-estar e da satisfação do usuário. Para isso essa política prevê a qualificação dos profissionais que atuam nos serviços, bem como a elaboração de normas e rotinas para o atendimento.

Acolher, segundo Ferreira (1998), é “dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração”. Todas essas ações validam a pessoa como sujeito, diferente do tratamento como objeto que a vitimização lhe impõe.

Em sintonia com a definição de Ferreira, Nathanson (1997, p. 158) enfatiza a necessidade de “(...) dizer e mostrar à criança que ela tem direito à palavra, que será ouvida e merecerá crédito”. Para isso é necessário que seja criado espaço de escuta que preserve o direito de expressão da criança, como ser ouvida em particular, sem a presença dos pais se estes não forem protetores ou indulgentes com o abuso. Thouvenin (1997) recomenda aos terapeutas que escutem e apoiem as vítimas, pensando na proteção que elas precisam. Ainda entende que as instituições onde os terapeutas trabalham devem estar comprometidas com essa proteção, sem a qual não seria possível continuar a ser terapeuta.

O acolhimento é uma atitude na qual todos os profissionais de saúde que recebem, escutam, analisam, identificam uma suspeita de violência, cuidam da pessoa vitimizada, notificam e encaminham o caso adequadamente. O acolhimento reflete na qualidade do cuidado e da resolutividade da assistência, numa assistência humanizada (SÃO PAULO, 2002). De acordo com a PNH, a humanização no campo da saúde diz respeito a uma aposta estética, pois acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. A PNH sugere, assim, um cuidado planejado, com a participação responsável dos profissionais de saúde e do usuário (BRASIL, 2006a). Por isso, Fűrnis (1993) alerta, para o risco do extremismo, no qual o profissional adota uma atitude paternalista, prejudicial à definição das responsabilidades no sistema familiar e que pode tornar-se impeditiva à atuação de outros profissionais da rede de assistência.

Fűrnis (1993) chama atenção para a importância da comunicação, que pode ser determinante para que a família admita o abuso como realidade, proteja a criança e aceite ajuda, inclusive o tratamento psicológico.

A comunicação é também um importante instrumento nas relações profissionais, pois agiliza os procedimentos e contribui para a humanização das relações entre os profissionais e destes com a clientela (AYRES, 2004; SILVA; SILVA, 2003). A comunicação clara e cuidadosa do profissional com a família é necessária à adesão desta à proteção da vítima. Por isso em todas as fases do atendimento se faz necessário a conjugação de alguns verbos pela equipe, como: acolher, proteger, orientar, apoiar, encaminhar. São ações que podem ser realizadas por todos os profissionais e conduzem

a um cuidado humanizado para o atendimento das necessidades da criança, do adolescente e sua família (SILVA; SILVA, 2003).

Algumas ações do enfrentamento do abuso sexual são comuns a todos os profissionais, como os esforços empreendidos para tornar o cuidado humanizado. Em uma atuação interdisciplinar, os membros da equipe se envolvem, buscando maximizar oportunidades para trocas necessárias à execução das tarefas. Através da abordagem interdisciplinar, é viabilizada a assistência integral, necessária ao cuidado humanizado das vítimas de abuso sexual, pois esta requer ações e práticas, só possíveis de serem realizadas através de um conjunto de disciplinas.

Cada profissional de saúde, porém, tem as atribuições específicas da sua categoria, determinadas pela legislação vigente. A partir do enfrentamento do fenômeno da violência e especificamente do abuso sexual têm sido elaborados guias, manuais e protocolos, que apresentam atribuições para o cuidado à criança e ao adolescente em situação de violência, adotando o paradigma da proteção integral e da saúde como qualidade de vida.

O profissional de saúde tem como essência do seu trabalho o cuidado e essa afirmação é ainda mais significativa quando se contempla a prática da enfermagem. O cuidado é definido por Boff (1999, p.33) como “(...) mais que um ato; uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. O cuidado da enfermeira em qualquer nível da atenção à saúde é um modo de ser essencial.

Por permanecer por mais tempo com a clientela, a enfermeira deve fazer com que toda comunicação com a criança e acompanhante sempre se constitua em um relacionamento terapêutico. Para o relacionamento terapêutico, a enfermeira recorre aos instrumentos básicos para o cuidar, a saber: observação, comunicação e criatividade (CIANCIARULLO, 1996). Hobbins (2004) descreve uma atuação na qual utiliza o relacionamento terapêutico, dentro de princípios humanitários, e de solidariedade, aliados aos conhecimentos técnico-científicos sobre o abuso sexual, suas seqüelas e sobre como a enfermeira deve lidar com o fenômeno.

Para o protocolo apresentado por Curitiba (2004, p. 14-15), nos casos de abuso com penetração, são atribuições para o atendimento/consulta de enfermagem: registrar no prontuário os achados clínicos e emocionais com detalhes; avaliar atraso menstrual e registrar a data da última menstruação; discutir a possibilidade de gravidez ou de DST/AIDS como consequência da violência sofrida e orientar para retorno em caso de atraso menstrual; explicar sobre os atendimentos e os exames que serão realizados durante o acompanhamento até a alta, ressaltando a adesão ao acompanhamento proposto; orientar e disponibilizar acompanhamento psicológico; encaminhar para consulta médica. Percebe-se no referido protocolo uma atuação mais marcante nas atividades educativas. Enquanto que Ceará (2004, p. 56), definindo a competência da equipe de saúde, aborda a atuação da enfermeira para as ações predominantemente técnicas: promover atividades de prevenção; conhecer rotinas e protocolos de DSTs/hepatites virais e HIV; participar da execução de procedimentos/diagnósticos/terapêuticas em DST/hepatite e HIV; reconhecer os casos de violência; realizar orientação/aconselhamento e adesão; preencher registros e protocolos; gerenciar; elaborar e executar treinamento/supervisão/ reconhecer os limites/ encaminhamentos do serviço. Ferreira (2002), em seu estudo, identificou que as práticas das enfermeiras são fortemente baseadas em ações educativas, sendo as mesmas sugeridas por Algeri e Souza (2005).

Teare e English (2002) discutem o estupro estatutário, termo utilizado nos Estados Unidos da América para a situação em que um adulto mantém relações sexuais com uma adolescente, com seu consentimento. As autoras relatam que em situação considerada de risco para a saúde física e mental da menina, a enfermeira tem um importante papel educativo, baseado nos princípios legais.

Os aspectos sociais particulares da situação de vida relativos à saúde, moradia, educação, relações familiares, etc. são o campo de atuação do assistente social e através dos quais se busca a transformação da realidade. O assistente social pode estar vinculado a instituições estatais, privadas, ONGs e outras. Em sua atuação, o assistente social faz o atendimento realizando a anamnese social, selecionando aqueles que, de acordo com a especificidade do caso, têm o direito de participar dos programas propostos, discriminando entre os elegíveis os mais necessitados, já que os

equipamentos sociais existentes não são capazes de atender toda a demanda que acessa o serviço (V. FALEIROS, 2000).

Devido à natureza do seu trabalho, o assistente social é importante agente institucional, pois centraliza e circula informações sobre a situação social do cliente para os demais profissionais e para a entidade e as informações sobre o funcionamento desta para a população (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005). Visando atuar dentro dos princípios da integralidade da assistência, os assistentes sociais deverão: conhecer os protocolos e fluxos internos e externos; conhecer a rede social e jurídica; promover atividades educativas; fazer encaminhamentos; assessorar a gerência/chefia do serviço na notificação; facilitar o acesso do paciente ao serviço; realizar aconselhamento/adesão; preencher registros/protocolos; promover e coordenar grupos de apoio; realizar visitas domiciliares (BRITO et al., 2005; CEARÁ, 2004, p. 56). A inclusão do assistente social no atendimento inicial, contribuindo para o acolhimento em todas as fases do atendimento (FERREIRA, 2002), a utilização das visitas domiciliares, com a participação das equipes de Saúde da Família aumentam a abrangência da atuação, que visa ao atendimento das demandas sociais (SILVA; SILVA, 2003).

Segundo Pfeiffer e Savagni (2005), o médico pediatra é freqüentemente o primeiro profissional a ser procurado quando um responsável ou membro da família está preocupado com a possibilidade de abuso sexual. O diagnóstico dos agravos físicos e as condutas terapêuticas para os mesmos são a principal atuação do médico.

O protocolo de Curitiba (2004) sugere que, no primeiro atendimento realizado pelo médico, se faça o exame clínico minucioso, verificando lesões, corrimentos e quadros sugestivos de DST e amenorréia compatível com gravidez; solicitar os exames laboratoriais investigando DST/AIDS e gravidez; agendar retorno e consultas de acompanhamento com os resultados dos exames indicados para cada época. O protocolo apresenta informações para os vários agravos decorrentes do abuso sexual em mulheres adolescentes e adultas em relação a condutas médicas, como exames, medidas profiláticas e terapêuticas. Quanto à competência do médico para o atendimento, Ceará (2004, p. 56) oferece sugestões mais genéricas, como: fazer abordagem diagnóstica/profilaxia/tratamento; reconhecer os casos de violência; promover anticoncepção de emergência; reconhecer os agravos dos traumas; realizar

orientação/aconselhamento; preencher registro/protocolos; fazer abordagem diagnóstica e profissional da hepatite e HIV; reconhecer a farmacocinética dos medicamentos; reconhecer os seus limites/encaminhamentos.

O profissional de psicologia é o responsável pelo diagnóstico e definição de condutas relacionadas aos agravos psíquicos decorrentes do abuso sexual. Esse profissional geralmente presta o atendimento de maior duração, atingindo meses ou anos, devido aos transtornos emocionais e comportamentais apresentados pelas vítimas de abuso sexual, que podem se manifestar ao longo de toda a vida. Como competências do psicólogo, o protocolo elaborado no Ceará (2004) atribui: conhecer as repercussões psíquicas da violência; oferecer acolhimento, dar suporte psicossocial e orientar no sentido de favorecer a adesão; fazer registros conforme os protocolos estabelecidos; promover e coordenar grupos de apoio; fazer acompanhamento psicoterápico; conhecer o protocolo de prevenção e assistência aos agravos físicos; fazer encaminhamentos de saúde mental. Fürniss (1993) recomenda ao psicólogo identificar a necessidade de acompanhamento psiquiátrico para a criança ou adolescente.

Na atualidade, o psicólogo enfrenta alguns desafios como o de conciliar várias modalidades terapêuticas no atendimento à criança, ao adolescente e a suas famílias, quando em situação de abuso sexual. Outro desafio tem sido esse profissional sair do isolamento que caracterizava sua atuação e compartilhar com outros profissionais as questões necessárias à atuação interdisciplinar baseada no paradigma da proteção integral (FÜRNISS, 1993; HABIGZANG; CAMINHA, 2004).

É fundamental a atuação de todos os profissionais em uma rede organizada, seja a rede interna do serviço, quando este a possui, seja a rede dos serviços de saúde e de outros setores como o conselho tutelar, os centros de defesa de direitos, uma unidade do programa sentinela, o sistema judiciário, etc. O enfrentamento da violência demanda a interface com diversas áreas (BRASIL, 2001a; SILVA, 2003; FERREIRA, 2005; OLIVEIRA, 2006). Fürniss (1993, p. 98) considera que “o abuso sexual da criança é um problema maior do que o esforço, as capacidades e as responsabilidades que uma única profissão consegue abranger. É uma questão verdadeiramente multidisciplinar e metassistêmica”. Na afirmação do autor, percebe-se a necessidade do trabalho em rede, amparado por vários profissionais e instituições.

A adoção de uma estratégia de atendimento que visa à assistência integral, significa a inclusão numa rede mais ampla de proteção e o reconhecimento de sua cidadania.

O respeito ao pudor e à privacidade da criança e do adolescente requer uma atenção particular, nos casos de abuso sexual (SILVA; SILVA, 2003). Em vários serviços, os consultórios de pediatria têm comunicação com outras salas e às vezes o exame físico, inclusive da genitália é feito sem o cuidado necessário a esse aspecto (FERREIRA, 2002). Deve-se evitar a exposição excessiva da criança ou adolescente, evitando-se a repetição de exames. O exame físico deve ser realizado apenas uma vez, na presença de um responsável (a pessoa de confiança da criança) e precedido das orientações necessárias à compreensão do que vem a ser o procedimento (SILVA; SILVA, 2003; WHO, 2003).

A privacidade deve ser respeitada na escolha do local para as entrevistas, evitando-se, assim, a exposição desnecessária da história para pessoas que não estão envolvidas diretamente com o cuidado à pessoa assistida. Locais adequados devem ser providenciados, mesmo para perguntas e informações breves, evitando-se locais onde circulam ou permanecem pessoas estranhas ao caso (SILVA; SILVA, 2003). Quando se fizer necessário compartilhar o atendimento com outro profissional, deve-se antes discutir com a criança/adolescente, para que seja mantida a relação de confiança. Segundo FÜRNISS (1993), o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e a criança ou o adolescente é determinante para a continuidade do atendimento.

Calma e serenidade devem existir em qualquer momento do atendimento e mesmo que o profissional sinta-se chocado com os casos de abuso sexual, não deve demonstrar reações extremadas. O equilíbrio do interlocutor ajuda a criança a lidar com a situação e aumenta a confiança no profissional (FÜRNISS, 1993). É importante que a estratégia de acolhimento inclua a noção de que as crianças/adolescentes são vítimas e sua família, colaboradores em potencial e que uma atitude hostil do profissional de saúde pode prejudicar os esforços de proteção às vítimas. Os responsáveis pela criança devem ser encorajados a colaborar, o que é possível conseguir ao se mostrar o interesse em ajudar o grupo familiar como um todo, tendo a família como alvo dos cuidados do profissional.

As noções de acolhimento devem constar nas ações de todos os profissionais, em todas as fases do atendimento. Para que isso aconteça é necessário que todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no atendimento sejam capacitados para um cuidado humanizado, uma assistência interdisciplinar, e para o atendimento de acordo com os fluxos determinados.

### 3.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O estudo do abuso sexual de crianças e adolescentes, bem como do seu enfrentamento, precisa ser compreendido em sua plenitude. Além dos aspectos biológicos e psicológicos, deve-se considerar a interação dos atores com a sociedade.

Diante da relevância do aspecto sócio-cultural do abuso sexual e seu enfrentamento, consideramos pertinente a opção teórica da Teoria das Representações Sociais, cujo marco foi a obra *A psicanálise, sua imagem e seu público*, publicada em 1961 por Serge Moscovici. A teoria teve como característica inovadora evidenciar a relação entre o indivíduo e a sociedade (JODELET, 2001).

As representações sociais têm sido cada vez mais estudadas no campo da saúde, principalmente em estudos nos quais se faz necessário entender o conhecimento social que guia as práticas de uma população específica, ou seja, o conhecimento no qual ela se baseia para interpretar seus problemas e justificar suas práticas sociais (OLIVEIRA et al., 1998; JODELET, 2001).

Moscovici (2003), em sua obra intitulada *Representações Sociais: investigações em psicologia social*, considera como um fenômeno o que era antes visto como um conceito e afirma:

(...) se, no sentido clássico, as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (ciência, mito, religião, etc.), para nós são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo” (MOSCOVICI, 2003, p. 49).

Jodelet (2001) afirma que a representação social sempre representa alguma coisa (objeto) ou alguém (sujeito) e que as características do sujeito e do objeto nela se manifestam. A representação simboliza e interpreta o objeto, a partir de uma construção e expressão do sujeito. Contribuindo para a conceituação da representação social, Jodelet (2001, p. 26) afirma que:

As representações sociais devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando – ao lado da cognição – a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir.

As representações sociais são processos sociais de comunicação e discurso e ainda atributos individuais como estruturas do conhecimento individualmente acessíveis, embora compartilhadas (WAGNER, 1998). O autor entende o termo representação social como um conteúdo mental estruturado, ou seja, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico sobre um fenômeno social relevante.

Quanto à comunicação, o dicionário de ciências sociais apresenta como “um processo no qual um emissor emite ou envia uma mensagem por meio de algum veículo a algum receptor e produz um efeito” (SILVA, 1986, p. 226). Bordenave (2003) considera a comunicação um produto funcional da necessidade humana de expressão e relacionamento. A base da comunicação e da linguagem em particular é a atribuição de significados a determinados signos. O autor resume os elementos básicos da comunicação como: a realidade ou situação onde ela se realiza e sobre a qual exerce um efeito transformador; os interlocutores envolvidos; os conteúdos e mensagens que elas compartilham; os signos utilizados para representá-los e os meios empregados para transmiti-los. Enquanto Jodelet (2001, p. 32) afirma ser a comunicação “(...) o vetor da transmissão da linguagem, portadora em si mesma de representações”. E ainda que ela contribui para forjar representações pertinentes para a vida prática e afetiva dos grupos.

O uso de uma linguagem de imagens e de palavras que se tornaram propriedade comum através da difusão das idéias existentes dá vida e fecunda aqueles aspectos da sociedade e da natureza de interesse ao estudo das representações (MOSCOVICI, 2003). Bordenave (2003) afirma que a comunicação não apresenta uma pilha de signos e símbolos, senão um “discurso”, isto é, uma obra com sentido e coerência que somente nós, seres humanos podemos construir.

As representações sociais se constituem em um instrumento explanatório e necessitam por isso de um discurso. O discurso para Câmara Jr, citado por Rabaça (1998) é “a língua atualizada num momento dado, por um dado indivíduo, quer como fala (discurso oral), quer como escrita (discurso escrito). Pode-se dizer assim que é a mensagem, na base de um código, que é a língua”.

O discurso é então a matéria-prima das representações, ou seja, os discursos professados pelos sujeitos sociais, através do método mais frequentemente utilizado em pesquisas, a entrevista. A entrevista deve proporcionar ao sujeito a oportunidade de produzir discurso sobre o tema pesquisado.

A teoria das Representações Sociais permite a ampliação da perspectiva na pesquisa ao valorizar a relação de interação entre o sujeito e a sociedade, que permite a construção do mundo e de si próprio, através de sua atividade e relação. O que acontece atualmente na sociedade é importante, bem como saber como ela cria e transforma a atmosfera (MOSCOVICI, 2003).

O abuso sexual de crianças e adolescentes é um fenômeno antigo nas sociedades, em todas as culturas e seu aspecto cultural é discutido por vários autores. Por isso o tema deve ser considerado um problema de pesquisa a ser abordado através da teoria das Representações Sociais. Wagner entende que “As pesquisas da representação social recorrem a objetos com uma longa história estabelecida, como papéis sexuais, mulheres, mães e crianças, anomalias da existência humana (...)”. Por outro lado, Wagner (1998), apud Bordieu (1989), afirma que as representações sociais podem compreender conhecimentos adquiridos mais recentemente.

Para Abric (1998), a representação é um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações referentes a um objeto ou a uma situação e propõe a hipótese do núcleo central para fundamentar a abordagem experimental do estudo da representação social.

A hipótese do núcleo central pode ser formulada nos seguintes termos: “a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação” (ABRIC, 1998, p. 31). Os elementos

centrais da representação são determinados pela natureza do objeto representado e pela relação que o sujeito mantém com esse objeto. São elementos estáveis da representação a partir dos quais podem ser criadas ou transformadas as representações dos outros elementos que constituem a mesma e que também determinam a natureza dos vínculos que ligam entre si os elementos da representação. Enquanto os elementos periféricos, constituídos por um número maior de idéias sobre o objeto representado, fazem a interface entre o núcleo central e as situações e práticas concretas da população, incorporando as experiências e histórias individuais dos seus membros e se mostrando, assim, não apenas mais sensíveis à influência do contexto social imediato, mas também, mais flexíveis na orientação dos comportamentos que nele se desenrolam (ABRIC, 1998; OLIVEIRA et al., 1998).

As sociedades têm apresentado mudanças expressivas no que diz respeito à ética e aos direitos humanos de modo geral. Sendo o enfrentamento do abuso sexual de crianças e adolescentes uma questão recente, suas representações sociais são também recentes. Antes um problema escondido, atualmente existem ainda poucos focos de estudos e discussão sobre o tema. Espera-se, por isso, que suas representações nos grupos, mesmo de profissionais que atuam junto às crianças e adolescentes sejam diversas. Portanto, faz-se necessário compreender as representações do abuso sexual a da sua prática para o atendimento às vítimas por aqueles que cuidam das crianças e adolescentes vitimizados. Utilizamos os argumentos de Spink (1993, p. 89), quando a autora afirma que o enfoque das representações sociais implica um tipo de esforço:

1. compreender o impacto que as correntes de pensamento veiculadas em determinadas sociedades têm nas Representações Sociais de diferentes grupos sociais ou de indivíduos definidos em função de sua pertença a grupos;
2. entender os processos constitutivos das Representações Sociais e a eficácia destas para o funcionamento social. Entender, portanto a) o papel das representações na orientação dos comportamentos e na comunicação; b) sua força enquanto sistema cognitivo de acolhimento de novas informações;
3. entender o papel das representações sociais nas mudanças e representações sociais, no que diz respeito à constituição de um pensamento social compartilhado ou à transformação das representações sob o impacto das forças sociais.

Ainda segundo Spink (1993), a dinâmica característica da sociedade atual, complexa e cheia de pluralismos torna necessária a adoção de uma teoria mais flexível. Faz-se necessário abarcar o sentido de produção, circulação, manutenção ou mudança dos

conhecimentos, incluindo as condições sócio-históricas que os engendraram conjuntamente com sua elaboração cognitiva e a funcionalidade destes conhecimentos na instauração ou permanência das práticas sociais.

Moscovici (2003) afirma que as representações são entidades sociais que têm vida própria, que se comunicam entre elas, opõem-se mutuamente e mudam em harmonia com o curso da vida; esvaindo-se, apenas para emergir novamente sob outras aparências. Na obra à qual nos referimos, o teórico se refere várias vezes ao caráter mutante das representações, de acordo com a dinâmica das sociedades. As mudanças são consideradas como de grande importância, sendo igualmente importante a natureza das mesmas. Através das mudanças, as representações sociais se tornam capazes de influenciar o comportamento do indivíduo participante da coletividade.

Discutir as representações sobre o enfrentamento do abuso sexual e as mudanças destas entre os profissionais que atuam junto a crianças e adolescentes tem importância particular para o nosso trabalho, já que, segundo Brasil (2001a) e Fürniss (1993), trata-se de um problema de difícil enfrentamento para todos que tomam contato com o mesmo, por questões emocionais e culturais.

Moscovici (2003) entende que a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não-familiar, ou a própria não familiaridade. E observa que as imagens, idéias e linguagens compartilhadas por um determinado grupo parecem sempre determinar o ponto a partir do qual um grupo entra em contato com o não familiar. O autor afirma que quando uma idéia não-familiar passa a ser aceita como familiar, torna-se um paradigma ou núcleo figurativo em determinada sociedade. Tudo que se refere a esse paradigma fica fácil de ser falado e as palavras que dizem respeito a esse paradigma são usadas frequentemente. As representações sociais são definidas como modalidades do conhecimento que circulam no cotidiano e têm como função a comunicação entre indivíduos, criando informações e nos familiarizando com o estranho, conforme as categorias de nossa cultura, através de dois processos: a ancoragem e a objetivação.

Na Teoria das Representações Sociais, a ancoragem é o processo de assimilação de novas informações a um conteúdo cognitivo pré-existente. O cunho criador do novo entra em contato com as idéias mais antigas, interpenetrando-se e transformando o

objeto em saber útil que tem a função na tradução e na compreensão do mundo. Enquanto que a objetivação é a transformação de um conceito abstrato em algo concreto, palpável, visível, uma imagem ou um núcleo figurativo. Significa também, transportar para o nível da observação o que até então foi inferência ou símbolo (MOSCOVICI, 2003).

Sobre os processos de ancoragem e objetivação, Doise (2001) entende que são diferentes em sua dinâmica, na medida em que a ancoragem determina a incorporação do estranho numa rede de categorias mais familiares, ao passo que a objetivação torna concreto o que é abstrato.

Dessa maneira, os profissionais de saúde, apesar da visão biologicista predominante em suas formações, poderão, a partir do contato com o tema do abuso sexual e com o paradigma da proteção integral, tornar familiar o que ainda é não familiar.

As representações elaboradas influenciam o cotidiano, ou seja, os comportamentos adotados nas práticas no cuidado à criança em situação de abuso sexual resultam de como os profissionais de saúde representam o fenômeno. Acreditamos no aprofundamento da questão do atendimento à criança e ao adolescente em situação de abuso sexual, através da Teoria das Representações Sociais. O conhecimento dos significados atribuídos pelos profissionais de saúde a esse problema, considerando o contexto sócio-cultural no qual estão inseridos os sujeitos, pode ser conduzido pela teoria em questão.

# **Estratégia Metodológica**

## **4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Estudo exploratório, descritivo, de caráter qualitativo, entendido como aquele que busca responder às questões particulares e dedica-se ao universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes e por isso, não podem ser reduzidos à operacionalização de dados quantitativos (MINAYO, 1994). Turato (2005) realça a significação do fenômeno para os que o vivenciam, como o verdadeiro alvo do pesquisador qualitativista.

A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que se estuda. Nela a generalização é abandonada e o foco de sua atenção é centralizada no peculiar, no individualizado (MARTINS; BICUDO, 1994). A pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes (MINAYO, 1994; TURATO, 2005).

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

O campo de pesquisa foi o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), serviço de atenção terciária, situado na cidade de Fortaleza e administrado pela gestão estadual do Ceará. Trata-se de um hospital geral de pediatria, que presta serviço público e atende a todas as especialidades na assistência ao tratamento clínico e cirúrgico, principalmente aqueles

referenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Oferece atendimento ambulatorial e de emergência com um total de 234 leitos para pacientes internados.

O serviço conta, em seus recursos humanos, entre os profissionais de nível superior, 314 funcionários públicos, 225 cooperados, 30 de prestadoras de serviços, pertencentes às diversas categorias. Por categorias, os profissionais que apresentam interesse para o nosso estudo são: Assistentes Sociais: 23; Enfermeiras: 113; Médicos: 320; Psicólogas: 04.

Desde o ano de 1995, existe na instituição, a Comissão para Identificação e Prevenção de Maus Tratos à Criança e ao Adolescente, formada por um grupo multiprofissional composto por assistentes sociais, enfermeiras, médicas e psicólogas.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos foram profissionais de saúde de nível superior, que atendem a crianças e adolescentes na instituição escolhida para a pesquisa. A seleção dos participantes seguiu o critério de ter atendido nessa instituição, ao menos um caso de abuso sexual e dar seu livre consentimento para a participação na pesquisa. O critério de inclusão foi baseado na afirmação de Moscovici (2003, p. 46), segundo o qual: “As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos”. Para Jodelet (2001), as representações sociais são formas de conhecimento.

A captação dos sujeitos se deu a partir de convite feito individualmente, quando foram explicados os objetivos da pesquisa. Após a confirmação pelo sujeito de o mesmo já ter atendido ao menos um caso de abuso sexual na instituição onde foi realizado o estudo, procedeu-se às entrevistas.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta dos dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturada para os profissionais, que conteve questionamentos para caracterização dos sujeitos, sua

opinião sobre o que é o abuso sexual de crianças e adolescentes, sua qualificação para atuar no tema, como atuam no diagnóstico e tratamento, se existem normas e rotinas no serviço, suas possibilidades, dificuldades e sugestões para o atendimento. Barros e Lehfeld (2005) entendem que a entrevista semi-estruturada é aquela na qual o entrevistador estabelece um roteiro prévio de perguntas, havendo liberdade de alteração dos tópicos e inclusão de questões frente às situações. Minayo (1994) define a entrevista semi-estruturada como aquela que ocorre a partir de um roteiro, que se presta a enumerar, da forma mais abrangente possível, as questões que se quer abordar.

A entrevista foi realizada no próprio hospital em área adequada para essa atividade. Foi respeitada a escala de trabalho para marcação das entrevistas. O registro das entrevistas foi feito com o auxílio de um gravador digital, após consentimento dos participantes.

A coleta de dados se deu nos meses de março e abril do ano 2006.

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise e organização dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005a). Na referida técnica, a partir dos discursos individuais, busca-se resgatar o discurso coletivo. Os autores definem o DSC como:

(...) forma não-matemática nem metalingüística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b, p. 25).

A técnica consiste na utilização de figuras metodológicas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a) ou operadores/operações (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b) para a construção dos discursos dos sujeitos da pesquisa, a saber: as expressões-chave (E-Ch), a idéia central (IC), ancoragem (AC) e discurso do sujeito coletivo (DSC).

As expressões-chave são transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhados, iluminados, coloridos pelo pesquisador e que revelem a essência do

depoimento, ou mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos do depoimento (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a). As E-Ch são para os autores uma prova das idéias centrais e vice-versa. Na construção dos DSCs, as expressões-chave são utilizadas como matéria-prima.

A idéia central é para Lefèvre e Lefèvre (2005a, p.17) “um nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de E-Ch, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC”. A IC traduz o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos.

As ancoragens são “fórmulas sintéticas que descrevem as ideologias, os valores, as crenças, presentes no material verbal das respostas individuais ou das agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b, p. 17). Os autores consideram a existência das ancoragens apenas quando no material verbal são encontradas marcas discursivas explícitas dessas afirmações genéricas.

O Discurso do Sujeito Coletivo é a principal figura metodológica que resgata o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos. O DSC é definido pelos autores como: “um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas E-Ch que têm a mesma IC ou AC” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a, p. 18). Os DSCs são também “(...) a reunião das E-Ch presentes nos depoimentos, que têm ICs e/ou ACs de sentido semelhante ou complementar” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b, p. 22).

Os dados foram analisados à luz do instrumento metodológico descrito, procurando-se estabelecer relações entre como os profissionais de saúde percebem sua atuação, frente aos casos de abuso sexual atendidos no serviço, e as ações propostas na literatura produzida sobre o tema. As entrevistas foram transcritas na íntegra, da maneira mais fidedigna possível, em seguida feitos os recortes necessários à busca dos conteúdos que melhor responderam aos objetivos estabelecidos. Após a transcrição, recortes e organização do material foi realizada a leitura flutuante das entrevistas. A partir desse momento, foram utilizadas as operações necessárias à construção dos discursos dos sujeitos da pesquisa.

Diante das respostas dos sujeitos, as mesmas foram lidas várias vezes na busca das E-Ch, que são a essência dos depoimentos dos sujeitos. Encontradas as E-Ch, estas foram grifadas para identificação das idéias centrais que revelavam. Em seguida, as E-Ch, que são a matéria prima para construção dos DSC, foram agrupadas e os discursos construídos em quadros, conforme sugere Lefèvre e Lefèvre (2005a).

Algumas E-Ch remeteram a uma ancoragem. As mesmas foram identificadas em um pequeno número de DSC. Acreditamos que se deve ao fato de que várias questões dizem respeito a aspectos técnicos da prática dos sujeitos e que resultam em ancoragens mais genéricas e que não manifestam teoria, ideologia ou crença professada pelo autor do discurso. Algumas questões, porém, resultaram em discursos fortemente fundamentados em crenças e ideologias.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O estudo atendeu aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, através da resolução 196/96. Submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital onde foi realizada a pesquisa sob registro no CEP: 01/06 e aprovado em 13 /02/06.

A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde exige que se obedeça aos quatro princípios éticos das pesquisas que envolvem seres humanos:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados;

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Após o exame geral de conhecimentos junto ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética. Tendo sido aprovado por esse Comitê, foi iniciada a coleta dos dados.

A participação dos sujeitos ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressaltamos que foi respeitada a livre participação, com liberdade para desistência quando desejassem, em qualquer fase da pesquisa, garantindo-lhes total sigilo e anonimato das respostas. A assinatura do Termo de Consentimento se deu em duas vias, sendo que uma ficou com o sujeito e a outra com a pesquisadora.

# **Apresentação e Discussão dos Dados**

## ***5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS***

### ***5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS***

Participaram do estudo 21 sujeitos. As categorias às quais os sujeitos pertencem são: 3 Assistentes Sociais; 7 Enfermeiras; 8 Médicos; 2 Psicólogas; 1 Psicopedagoga. A psicopedagoga com graduação em pedagogia tem importância no atendimento às crianças vitimizadas que podem apresentar problemas cognitivos em decorrência da violência. O número de participantes foi definido à medida que houve saturação dos dados colhidos (TURATO, 2005).

Os participantes tinham entre 23 e 70 anos, sendo 19 do sexo feminino e 02 do sexo masculino.

Em relação à formação, 12 fizeram curso de especialização, 01 de residência, 05 de mestrado. Cursaram apenas a graduação: 03 sujeitos, enquanto dois encontram-se cursando mestrado.

O tempo de formação dos sujeitos variou de 9 meses a 45 anos. A mesma variação se deu em relação ao tempo de exercício da profissão. Quanto ao tempo de atuação na instituição, o tempo mínimo foi de 09 meses e o máximo de 28 anos.

À pergunta: “Foi abordado o tema violência contra crianças e adolescentes no curso de graduação?” 06 responderam que sim, enquanto 15 responderam que não tiveram contato com o tema na graduação.

Quanto à participação em treinamentos para o atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência, 11 sujeitos responderam que nunca participaram, enquanto 10 responderam que sim. A carga horária das atividades consideradas treinamento pelos participantes variou de 2 horas, para uma palestra, a mais de 500 horas, para a participação em um curso de especialização realizado na Universidade de São Paulo.

Todos os sujeitos haviam atendido ao menos um caso de abuso sexual na instituição, tendo sido esse o critério de sua inclusão na pesquisa.

## 5.2 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: OUVINDO OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O DSC nos traz as idéias dos profissionais de saúde acerca do abuso sexual, seus conceitos e suas opiniões a partir de suas vivências com casos atendidos no hospital pediátrico e também a partir de conhecimento científico sobre o tema. Moscovici (2003) considera que as experiências dos indivíduos, as causas selecionadas são ditadas por um sistema de representações sociais. São essas representações que aparecem nos DSC, que foram identificados nas falas dos sujeitos.

Jodelet (2001, p. 21) afirma que “(...) definições partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo”. Esta visão, que pode entrar em conflito com a de outros grupos, é um guia para as ações e trocas cotidianas. Os discursos são formados, conforme Lefèvre e Lefèvre (2005a), a partir de sua coerência, posicionamento próprio dos sujeitos e encontram-se distintos entre os discursos complementares e antagônicos.

O Discurso do Sujeito coletivo (DSC) que responde à questão: “o que é o abuso sexual” apresenta três idéias centrais (IC): o abuso como uma violação, o abuso como uma experiência de sofrimento para a criança ou adolescente e as formas de abuso. As IC apresentam complementaridade, que conforme Lefèvre e Lefèvre (2005a) pode ocorrer quando uma resposta apresenta mais de um DSC.

## **O que é o abuso sexual para você?**

### **DSC A**

<b>Idéia Central</b>
<b>O abuso como uma violação</b>
<i>É violar, desrespeitar. É qualquer ato imposto por um adulto, no qual ele tenha aparência de violência, de infringir alguma norma com relação à integridade, a violação da integridade. Algum evento que viole a inocência da criança. É toda e qualquer lesão psicológica e sexual que chegue a violar a integridade da criança ou adolescente. É uma violação que a vítima está sendo atingida a sua privacidade sexual, desde que a criança seja invadida toda a individualidade dela, o desrespeito ao corpo, ao ser humano. Onde não</i>

*há permissão e quando não existe maturidade e respeito por isso, pela maturidade mental, física e emocional dessas crianças. Ela não pode consentir uma coisa que ela não tem discernimento.*

## DSC B

### **Idéia Central**

#### **O abuso como uma experiência de sofrimento para a criança ou adolescente**

*Pra mim eu acho que é dor, uma coisa dolorosa. Mas a criança, principalmente a criança maior tem consciência, ela pode não saber o que está acontecendo, mas ela sabe que é uma coisa errada, muitas vezes ela sofre porque não tem coragem de contar pra mãe, contar pra alguém, um responsável. Ela tem consciência que é um sofrimento, que é uma dor, que é uma coisa errada. No caso da criança, ela não entende e ela não tem a compreensão, o entendimento quando tem um componente erótico. Ela não tem o discernimento suficiente. É uma violação que a vítima está sendo atingida a sua privacidade sexual. A vítima não tem idéia precisa do ato sexual, nem do que realiza.*

## DSC C

### **Idéia Central**

#### **As formas do abuso**

*O abuso sexual não significa o contato com a genitália. Ao meu ver já é abuso passar a mão, pegando em partes íntimas ou fazendo o ato sexual. Seja com palavras, com gestos obscenos e com a violação física, qualquer toque e mesmo o ato sexual. Desde a uma tentativa de um abuso que não chegue a ser concluída, como a conclusão do ato em si. A conclusão do ato seria a penetração seja ela oral, vaginal ou anal. Pode ser até a forma de olhar intimidando, de a longo prazo bolinar uma criança pra que ela participe de algum ato. Seja no olhar, no falar, no bolinar, no intimidar, seja de que jeito for, principalmente quando há conjunção carnal, sexo oral, anal e outros tipos. Ainda atitudes na frente da criança, gestos, permissão de assistir alguma cena. Existe o abuso sexual, sexo, o estupro, mas existem outros abusos que não é aquele com violência física. Pra mim a prostituição da criança é um abuso.*

No DSC que se reporta à IC A, do abuso como uma violação, apresenta o abuso como uma ação do abusador, que se caracteriza pela violação, o desrespeito à criança e ao adolescente e ao seu direito de desenvolver sua sexualidade de modo sadio. Violação para o dicionário da língua portuguesa (BUENO, 1980 p. 1199) é “transgressão, penetração indevida, ato ou efeito de violar”. O abuso sexual consiste em uma situação de risco e é uma violação de direitos humanos sexuais e dos direitos particulares de pessoa em desenvolvimento (RIBEIRO et al., 2004). Concordando com a idéia de

violação, Ferreira e Schramm (2000) afirmam ser o abuso sexual uma violação daquilo que caracteriza a infância, ou seja: dependência, vulnerabilidade e inocência. Faleiros (2003) entende o abuso sexual como uma ultrapassagem dos limites legais, ou seja, um crime. A proteção para as violações aos direitos da criança e do adolescente, prevista em lei (BRASIL, 2001b), deve ser exercida por todos os atores da sociedade. Conforme Art. 18º do ECA, “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”.

O DSC B apresenta o abuso sexual como uma experiência de sofrimento para a vítima. Sobre isto Fürniss (1993) e Ferrari (2002) afirmam que a dependência estrutural da criança ou adolescente, os jogos e estratégias e ainda as ameaças e punições são utilizadas pelo abusador para iniciar e manter o abuso. O abusador também ameaça a vítima de punições severas, de matar a ela e aos familiares, caso o abuso seja revelado. A vítima é confundida, com a afirmação de que se ela “permitiu o abuso”, também é responsável e será culpada pelas consequências da revelação. Essas ameaças provocam na criança ou adolescente uma sensação de aprisionamento à situação abusiva e um sentimento de culpa, que, segundo os autores, explica a baixa auto-estima e o posterior comportamento de vítima dos adultos que sofreram abuso sexual quando crianças. Fürniss (1993) ressalta a importância de se considerar o abuso como uma vivência da criança, para que a partir disso se possa fazer a abordagem terapêutica. E ainda que não tenha iniciado o abuso e não podendo ser considerada culpada, a criança ou adolescente sofre por causa dessa experiência. O sofrimento das vítimas se deve, entre outros motivos, ao sentimento de culpa, que se origina do senso equivocado de responsabilidade por ter “participado” do abuso.

No DSC, que se reporta à idéia central C, as formas de abuso, os sujeitos afirmam que o abuso (...) *não significa somente o contato com a genitália*. Alguns exemplos de abuso são citados, conforme encontrado em Azevedo e Guerra (1989) e E. Faleiros (2000) que identificam no abuso sexual diversas manifestações, como o abuso com penetração: coito oral, coito vaginal ou coito anal. Abuso sem penetração: toques impudicos (manipulação dos órgãos genitais), beijos, masturbação, pornografia, produção de fotos, exibicionismo, telefonemas obscenos, que dificilmente deixam vestígios no corpo da vítima. A exploração sexual comercial é considerada por Faleiros

(2003) uma das formas de abuso sexual de crianças e adolescentes, podendo utilizar todas as formas descritas acima e ocorrer através de um indivíduo ou de uma rede de exploração. A autora considera esse tipo de violência um fenômeno econômico, de mercado e distinto do relacionamento interpessoal parafílico.

### **Como identificar um caso de abuso sexual e quais os passos que você adota para a investigação diagnóstica?**

O DSC nos traz as idéias dos profissionais de saúde sobre como identificar um caso de abuso sexual e quais os passos que adotam para a investigação diagnóstica. É importante ter em mente que a capacidade de suspeição está relacionada ao significado do abuso para o profissional, o que interfere nas suas condutas para investigação e proteção à criança e ao adolescente.

#### **DSC A**

<b>Idéia Central</b>
<b>Sinais e sintomas específicos</b>
<i>No exame físico podemos ver alguma lesão no corpo, lesão anal, vaginal, lacerações, lesão himenal, alguma fístula, um sintoma como sangramento anormal pra idade ou ela está andando diferente. Geralmente vem com sangramento. A criança tinha sangramento vaginal muito intenso, em muita quantidade. Posso encontrar hiperemia anal, vaginal, as DSTs, a criança que vem com sangue. Condiloma, as vezes na boca da criança a gente vê o condiloma. A gente vê a vagina toda hiperemiada, que nem a fralda descartável deixa colocar e pelo uso da força, a criança pode ser que tenha hematomas.</i>

#### **DSC B**

<b>Idéia Central</b>
<b>Sinais e sintomas inespecíficos</b>
<i>Eu atendo muitos pacientes com queixas vagas, como de cefaléia. Um adolescente poliqueixoso. Nós tivemos um caso de uma menina que convulsionou. Ela nunca tinha convulsionado e quando a gente investigou, era abuso do padrasto. Eu atendi uma criança</i>

*que chegou com dor no peito com suspeita de problema no coração. Fiz o exame físico e estava tudo normal, mas a criança vinha numa cadeira de rodas dizendo que estava muito doente. Quando eu disse que ela não tinha nada no momento, a criança começou a ficar apavorada, pálida. A atitude da menina era muito esquisita, com medo de não estar doente. Aí ela revelou que o padrasto dela a abusava e maltratava a mãe. A menina tinha medo que dissessem que ela não tinha nada porque ela ia voltar pra casa dela e continuar a situação que estava.*

## DSC C

### **Idéia Central**

#### **Suspeita a partir do comportamento da criança**

*A criança que sofre abuso não é uma criança igual às outras. Uma criança que foi abusada, em algumas situações vai agir de uma forma diferente. A gente percebe na criança um comportamento diferente, triste, um comportamento mais recluso, alterações como agressividade. Pode estar recalcada, muito calada, um pouco assustada. Às vezes é tímida que não levanta a cabeça, é retraída. Normalmente cabisbaixa, com muita timidez, muito retraimento. A criança não vai bem na escola, não quer ir à escola. Eu observo que a criança que sofreu abuso sexual é uma criança que tem uma auto-estima baixa, apática, que vai ter dificuldade de lidar com o contato, ela tem as vezes uma aversão, medo [de pessoas] do sexo masculino. Se for um abuso sexual na família o grau de retraimento é muito maior. Ela pode não ser apegada à mãe. Eu acompanhei uma criança no bloco que quando ia chegando a hora da visita ela começava a mudar o comportamento, ficava nervosa. Acredito que ela pode ser uma criança descontrolada, pode ser um pouco até mal educada, não no sentido da educação, mas um pouco grosseira, mais na dela. Ela pode até demonstrar alguma atitude ligada à genitalidade, que a gente pode perceber que não está um comportamento normal pra aquela criança. Uma menina de oito anos que permitiu ser abusada por um vizinho de dezoito anos, havia no olhar dela uma felicidade, um desejo. E que ela não era dessa forma e a mãe acusa que de um período pra cá ela ficou diferente.*

## DSC D

### **Idéia Central**

#### **Investigação para comprovação material do abuso.**

*Você estar desconfiando de uma pessoa, eu acho muito sério. Eu acho de uma seriedade muito grande a suspeita de um abuso. Por isso quem está mais respaldado é o médico. Vou à procura de uma pessoa que identifique que aquilo é um abuso. A gente pede o parecer médico. Não dá pra sair acusando todo mundo, mas tem que estar preparado pra isso também. A criança fica resguardada até chegar o médico legista que diz que foi ou que não foi (abuso). É um tira-teima. Essa criança geralmente vai para um parecer de um especialista, seja ginecologista, seja cirurgião, em seguida se solicita um exame de corpo de delito, quando o legista vem ao serviço. Vamos fazer IML, especialistas dos direitos legais, quando há sangramento, quando há o machucado.*

## Ancoragem

### Necessidade de punição do agressor

*Você estar desconfiando de uma pessoa, eu acho muito sério. Não dá pra sair acusando todo mundo, mas tem que estar preparado pra isso também Vamos fazer IML, especialistas dos direitos legais, quando há sangramento, quando há o machucado. É um tira-teima.*

## DSC E

### Idéia Central

#### Investigação baseada no relato da criança

*A gente vê pela história, pelo relato da criança, quando conversa, eu vou nos passos dela. A gente tenta conversar, mas a criança fica “não, não, não”. Algumas dizem que têm medo, “não eu tenho medo”. A gente começa a conversar com a criança, sai de perto da mãe e fala com a criança e sabe que foi o irmão mais velho, o vizinho ou o pai faz ela chupar o pênis. Chegou uma menina de cinco anos, se queixando de que o pai colocou o pinto no pipiu dela. Através da fala e da expressão dela é que o meu diagnóstico é dado. Falei com a criança e ela disse que estava na locadora e lá haviam alguns meninos e relatou algo que podia ser um abuso sexual. Ela contava que doía muito e apontava pra parte genital. A gente nota que a família tem um receio de admitir que houve o abuso. Se eu noto que a mãe tem esse receio eu não questiono. Eu prefiro dar abertura pra ela questionar a criança e eu questionar a ela. A criança vê a gente como estranho. E ela tem intimidade com a mãe.*

O DSC A aborda vários sinais físicos específicos do abuso como as lesões genitais. A diferença entre as lesões acidentais e as ocasionadas pelo abuso devem ser conhecidas pelos enfermeiros e médicos que atendem crianças e adolescentes. Sinais físicos de lesões sugestivas, como hiperemia, lacerações, fissuras, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS) ou a gravidez, podem ser identificados (LOPES et al., 2004; REIS et al., 2001) . Gomes et al. (2002), estudando a percepção dos maus tratos por profissionais de saúde de um serviço público, identificou a visibilidade do abuso sexual através da identificação de lesões físicas específicas.

Os profissionais formalmente aptos para a realização do exame físico completo, no caso do Brasil, os enfermeiros e médicos, devem realizar o procedimento da maneira mais cuidadosa e completa possível, quando as lesões físicas podem ser identificadas. O profissional deve ter um conhecimento apurado das lesões específicas e inespecíficas que se pode encontrar na criança abusada sexualmente (BRASIL, 2001a;

NATHANSON, 2002; SILVA; SILVA, 2003; WHO, 2003), bem como do aspecto normal da genitália pré-púbere e púbere para poder identificar as anormalidades presentes em caso de abuso (BRASIL, 2001; DUBOW et al., 2004; NATHANSON, 2002; SILVA; SILVA, 2003; WARD et al., 2004; WHO, 2003).

Dubow et al. (2004) em pesquisa no estado norte americano da Filadélfia, com médicos de programas de residência em Pediatria estudaram, através de catalogação de fotografias, o conhecimento sobre as estruturas anatômicas de genitálias pré-puberais femininas, relacionando-as aos aspectos da formação pediátrica no abuso sexual e às questões da prática clínica. A metade dos sujeitos considera que, em sua formação, a abordagem do abuso sexual foi inadequada à prática profissional. Nas duas oportunidades que a pesquisa ofereceu para o estudo de fotografias da genitália, as respostas foram corretas respectivamente em 64% e 71% em relação à catalogação do hímen. Ward et al. (2004) no Canadá, em estudo menos específico, mas de maior abrangência havia identificado a necessidade do estabelecimento de programas de formação efetivos sobre a proteção infantil para médicos residentes.

A suspeita de abuso surge geralmente em situações de atendimento, quando um achado “salta aos olhos”. O comportamento da criança e da família é o sinal mais freqüente para o qual os profissionais de saúde deverão estar atentos (FERRARI, 2002; NATHANSON, 2002; SILVA; SILVA, 2003). Revela-se, no DSC C, que são abundantes os exemplos de alterações no comportamento da criança, predominando sobre as alterações físicas. Na anamnese, a entrevista deve buscar informações sobre a existência de ansiedade, insônia, medos, fobias, apatia, choro fácil sem motivo aparente, baixo rendimento escolar, enurese noturna, constipação intestinal, baixa auto-estima, comportamento sexualizado, extrema inibição e outros sinais. Todos esses sinais devem ser avaliados, considerando o contexto (GOMES et al., 2002; HABIGZANG et al., 2005; NATHANSON, 2002; SILVA; SILVA, 2003).

A criança em situação de abuso sexual geralmente apresenta problemas relacionados à socialização. Füniss (1993) valoriza diversas alterações no comportamento da criança, que fazem suspeitar do abuso sexual, e o comportamento sexualizado é apontado como um comportamento social inadequado e deve chamar atenção para a possibilidade de que a criança foi ou está sendo abusada. A partir desses sinais, é importante que se investigue o abuso, tomando-se o cuidado de não recriminar a criança por seu

comportamento. O sujeito 8 mostra em sua fala a percepção desse comportamento como um sinal de abuso: (...) *pode até demonstrar alguma atitude ligada à genitalidade, que a gente pode perceber que não está um comportamento normal pra aquela criança.*

O sujeito 18 traz, através do exemplo de um caso, um comportamento, que pode ser interpretado de modo que, ao invés de proteção, inspire condenação: (...) *uma menina de oito anos que permitiu ser abusada por um vizinho de dezoito anos, havia no olhar dela uma felicidade, um desejo (...).*

A fala do sujeito 18 remete à crença de que a criança poderia ter evitado o abuso ou até o teria provocado. Azevedo e Guerra (1989), Gabel (1997) e Faleiros e Faleiros (2001) consideram que a assimetria da relação do adulto com uma criança ou adolescente caracterizada pelo poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco), a dependência de cuidados, a confiança da criança no adulto e a relação de autoridade favorecem que o abuso aconteça em segredo por longo tempo, sem que as crianças e até adolescentes possam ser protegidas do abusador. O Código Penal Brasileiro considera que crianças e adolescentes até 14 anos não podem consentir uma relação sexual, pois não têm maturidade. Sadigursky (1999), Braun (2002) e Fűrnis (1993) referem que é importante que o profissional de saúde compreenda que o abusador tem inteira responsabilidade pelo abuso e que a criança não deve em hipótese alguma ser responsabilizada. Fűrnis (1993) recomenda que isso deve ser pronunciado e ficar claro em todas as fases do atendimento, para que haja uma retomada dos papéis de adulto e criança, e que especialmente no abuso intrafamiliar, quem deveria ser cuidador (o adulto) e cuidado (a criança ou adolescente). Além disso, a definição das responsabilidades baseada na capacidade cognitiva de cada envolvido no abuso auxilia no tratamento da criança, diminuindo o sentimento de culpa tão presente nas vítimas de abuso sexual.

Pode ocorrer ainda que um adulto suspeite do abuso pela constatação de lesões genitais ou anais ou pelo relato da própria criança, porém esta silencia, temendo as conseqüências da revelação. Quando ocorre a revelação da criança/adolescente ou de um adulto responsável, a anamnese torna-se mais direcionada e objetiva (NATHANSON, 2002; SILVA; SILVA, 2003). Porém, a maioria das crianças atendidas não apresenta evidências físicas conforme o tipo de abuso perpetrado. Ainda, muitos dos sinais e sintomas físicos podem ser atendidos como se causados por acidentes ou

doenças. Sinais físicos inespecíficos podem ser sinais de sofrimento, para os quais a equipe deve estar atenta (FERRARI, 2002; NATHANSON, 2002; SILVA; SILVA, 2003). Por isso, todos os sinais devem ser considerados dentro de um contexto. Sendo assim, torna-se indispensável a anamnese cuidadosa, o exame físico minucioso e a discussão do caso com a equipe, para buscar evidências encontradas por outros profissionais que também cuidam da criança ou passam a cuidar a partir desse momento.

Fürniss (1993) e Ferreira (2005) afirmam que a evidência material, através de prova forense está presente na minoria dos casos. Porém, sempre que possível deve ser colhido material para exames laboratoriais e exames forense, para auxiliar no diagnóstico. O exame físico detalhado deve ser realizado, bem como seu registro completo e claro. A amostra do material colhido (para pesquisa de sêmen, sangue e células epiteliais) deve ser acondicionada em papel filtro esterilizado com a devida identificação, guardada em envelope de papel. Os sacos plásticos retêm umidade, facilitam a proliferação de bactérias que destroem células coletadas e DNA. Depois de seco, o material deve ser arquivado no serviço, de preferência em ambiente climatizado (BRASIL, 2005a; CURITIBA, 2004; WHO, 2003). O mais breve possível, o material deve ser encaminhado sob ofício para a guarda do Instituto Médico Legal (SILVA; SILVA, 2003). O material (swab) deve ser colhido das cavidades oral, vaginal e retal. Deve-se também fazer coleta para culturas, pesquisa sorológica para DST/HIV, hepatites, sífilis e tipagem sanguínea, fosfatases e pesquisa de DNA. Nos casos em que não foram tomadas as medidas para anticoncepção de emergência, a avaliação para detecção de gravidez, através do exame sanguíneo e ultrassonografia se faz importante, para que as providências em relação ao abortamento previsto em lei sejam tomadas em tempo hábil (BRASIL, 2005b; CURITIBA, 2004; SILVA; SILVA, 2003; WHO, 2003).

O DSC, cuja IC é a investigação para comprovação material do abuso é ancorada na idéia da investigação para punição do abusador. A análise do material colhido e os dados do exame físico e anamnese podem servir para a confirmação do abuso e esclarecer dúvidas em relação ao verdadeiro abusador e conseqüentemente proteger a criança de novos episódios de abuso. Fürniss (1993) e Ferrari (2002) afirmam ser prioridade em qualquer intervenção a cessação do abuso, mas é importante o reconhecimento do autor do abuso como tal. A responsabilização do abusador nas

instâncias legais de certo modo funciona como uma reparação para a vítima, enquanto que a não responsabilização, além de não validar a criança como sujeito de direitos, ainda autoriza a continuação do abuso. Porém o cuidado à criança e ao adolescente não deve ser condicionado à confirmação do abuso, o que talvez nunca aconteça, devido às questões relacionadas ao abuso como síndrome de segredo.

No DSC E, os sujeitos referem-se à investigação a partir do relato da criança, considerado por Fürniss (1993), Gabel (1997) e Pfeiffer e Savagni (2005) como de grande importância. Os autores consideram que as experiências sexuais relatadas são incompatíveis com seu estágio de desenvolvimento e com o tipo de vivências próprias da infância. Por isso, dificilmente seriam assimiladas em situação não abusiva. Para Fürniss (1993), a revelação da criança não é comum, por tratar-se de uma “síndrome de segredo”. A criança silencia devido a fatores externos, como ameaças do abusador e o medo de não ser acreditada e fatores internos, como a baixa auto-estima e o sentimento de culpa, desenvolvidos em decorrência do abuso. Devemos levar em conta o fato de que muitas vezes a revelação da criança é parcial. Assustada e sem certeza de que merecemos sua confiança, a criança nos “dá pistas”, conforme a fala do sujeito 17 *A criança quando conversa, eu vou nos passos dela*. Essas pistas devem ser investigadas cuidadosa e delicadamente para não precipitar uma revelação para a qual a criança não está preparada, e por outro lado, não retardar uma intervenção, quando a criança corre riscos severos.

WHO (2003) afirma que o prognóstico para a vítima tende a ser favorável se a mãe ou outro responsável, não abusador, acreditar na criança. Por isso, faz-se necessário tomá-la como alvo de cuidados, já que o enfrentamento do problema é difícil para a pessoa que decide proteger a criança. Em casos de abuso intrafamiliar, freqüentemente é acusada de destruir a família, podendo se sentir fragilizada e desistir da proteção.

### **Quais são suas condutas após a identificação?**

A terceira questão da entrevista refere-se às condutas que o sujeito adota na abordagem dos casos de abuso sexual, após a sua identificação. Os discursos apresentam três Idéias Centrais, a saber: DSC A: Encaminhamentos dentro da

instituição; DSC B: Notificação ao Conselho Tutelar; DSC C: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes do abuso e DSC D: O cuidado à criança e ao adolescente.

## DSC A

<p style="text-align: center;"><b>Idéia Central</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Encaminhamentos dentro da instituição</b></p> <p><i>O acompanhamento quem faz é a Comissão de Maus-tratos. Aqui a gente tem o pessoal da Comissão. Aí eu pego e jogo pra lá. A gente encaminha sempre pra Comissão de Maus-tratos que tem aqui no hospital. A primeira coisa que eu faço é procurar a coordenação, então encaminho pra Comissão de Maus-Tratos, pra coordenadora e ela faz o laudo dela. Encaminhar pra Comissão de Maus-tratos. A minha conduta é encaminhar pra comissão. Aí eu não me meto mais, eu já encaminho pra Comissão. Já faço o encaminhamento. A gente aciona a assistente social pra ver a melhor solução. Eu encaminho também pra assistente social, pra fazer a parte própria do serviço social. Acionar o Serviço Social. Eu entrego pra Assistente Social. A minha atuação é muito pouca, porque eu fico aqui na emergência. Acionar o serviço social, a gente sempre vai precisar desse profissional.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Ancoragem</b></p> <p style="text-align: center;"><b>O abuso é um problema da Comissão</b></p> <p><i>O acompanhamento quem faz é a Comissão de Maus-tratos. Aqui a gente tem o pessoal da Comissão. Aí eu pego e jogo pra lá. A gente encaminha sempre pra Comissão de Maus-tratos que tem aqui no hospital. A primeira coisa que eu faço é procurar a coordenação, então encaminho pra Comissão de Maus-Tratos, pra coordenadora e ela faz o laudo dela. Encaminhar pra Comissão de Maus-tratos. A minha conduta é encaminhar pra comissão. Aí eu não me meto mais, eu já encaminho pra Comissão.</i></p>

## DSC B

<p style="text-align: center;"><b>Idéia Central</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Notificação ao Conselho Tutelar</b></p> <p><i>O exame detalhado e a notificação. Em alguns casos aciona o Conselho. Encaminhar o caso para o Conselho Tutelar, pra evitar um dano maior pra criança, então você tem que notificar. A gente passa o fax pro Conselho.</i></p>
--

## DSC C

### Idéia Central

#### **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes do abuso**

*Tratar o caso em questão, com acompanhamento de patologias orgânicas e psíquicas decorrentes do abuso. Acredito que a gente tem que comunicar ao médico, ao serviço social, ao psicólogo. Depende do caso. Se for um abuso declarado, aí a gente vai fazer o exame físico, os testes pra DSTs, se exigir uma investigação clínica ou laboratorial. Solicitar exames de HIV e VDRL quando houve penetração. Em adolescentes em idade fértil fazer uso de levonorgestrel em altas doses. Como é uma unidade de assistência, aí tem que pegar pela assistência.*

## DSC D

### Idéia Central

#### **O cuidado à criança e ao adolescente**

*A gente tenta trabalhar a necessidade de cuidar, tratar a criança. Eu tento acolher mais ainda, conversar com a mãe e tentar orientar. Falo com quem ela já passou antes, aquelas interconsultas que a gente faz pra focar mais isso. Se for um caso para um acompanhamento psicológico, a gente encaminha também pra o ambulatório aqui, a ginecologista. A criança que tem uma história recente de violência, ela precisa fazer um tratamento quase como de choque, no caso do stress pós-traumático. O atendimento é inicialmente individual e depois ele é incluído em um grupo. Ele vai ver com os outros que aquilo aconteceu com ele, que ele não é um caso único. De início eu procuro criar um vínculo, pra que adquira confiança no terapeuta. A partir das primeiras sessões eu faço dinâmica pra que exista esse vínculo. Tem que trabalhar o comportamento da criança, tem que modelar o comportamento da criança e tem que trabalhar a família também. (...) eu tento agarrar o paciente no sentido de dar seguimento. A gente tenta fazer um jogo, encaixar o adolescente em algum atendimento pra manter ela sendo assistida por algum outro motivo, sem focar.*

No DSC, A percebe-se que há preocupação dos sujeitos em dar resolutividade aos casos. Com as soluções apresentadas, porém, os profissionais parecem utilizar muito mais o potencial dos outros, do que seu próprio potencial. Nas falas, é possível perceber a sobrecarga a que é submetida a Comissão do serviço, em primeiro lugar, seguida das profissionais do Serviço Social. Araújo (2002) admite as dificuldades dos profissionais de saúde especificamente no atendimento aos casos de abuso sexual, por gerar dúvidas e muita ansiedade. A autora afirma que, na rede de saúde, esses casos são submetidos a um “jogo-de-empurra” entre os profissionais e instituições e atribui esses problemas a

várias questões, colocando em primeiro lugar a falta de treinamento adequado para essa temática.

A Lei Estadual nº 12.242 de 29/12/1993, publicada em 30/12/1993, determina aos órgãos públicos conveniados com o SUS a constituição de Comissões Hospitalares de Prevenção aos Maus-tratos à Infância e Adolescência (UNICEF, 2004). Atendendo a essa determinação, o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) instituiu através da Portaria nº 10/95 a Comissão para Identificação e Prevenção de Maus Tratos à Criança e ao Adolescente, conhecida pelos servidores como Comissão de Maus Tratos (HIAS, 1995). Constituída por um grupo multidisciplinar, teve desde sua criação três composições, tendo sido ampliada de seis para quatorze componentes a partir de dezembro de 2000. A Comissão do serviço pesquisado atua como um espaço de apoio aos profissionais de todo o hospital, se assemelhando à experiência do Núcleo de Apoio aos Profissionais que atendem a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-tratos (NAP), do Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), descrita por Deslandes e Gomes (2004). Além da proposta de apoio da Comissão, todos os profissionais que a compõem exercem várias atividades de atendimento na emergência, no ambulatório, nas enfermarias e em outras comissões. Sendo assim, há um acúmulo de funções que não permite a dedicação integral de seus membros à Comissão.

Considerando as comissões e núcleos em seu papel de apoio às ações dos profissionais no cuidado à criança e ao adolescente vitimizados, faz-se necessário entender que esse apoio não substitui o cuidado específico, o acompanhamento realizado por cada profissional e unidade de saúde, dentro da sua competência. Portanto, deve existir complementaridade entre as ações dos profissionais e da Comissão, evitando-se o “jogo de empurra” referido por Araújo (2002) e que coloca em risco o sucesso das intervenções realizadas. Considera-se a necessidade da definição dos fluxos internos (dentro da unidade) e externos (da unidade para outros serviços de saúde e de outros setores), estabelecendo uma relação de referência e contra-referência, na qual a criança pode ser atendida simultaneamente por vários profissionais e instituições, em ações integradas, dado o caráter multidisciplinar do problema (BRASIL, 2001a; OLIVEIRA et al., 2004; SILVA; SILVA, 2003).

Araújo (2002) considera que os desdobramentos da denúncia são complexos, como exigir a punição do agressor e investir nas mudanças das relações abusivas e muitas

vezes esbarram em impedimentos concretos, com grande peso para o fator econômico, principalmente quando o abusador é o único provedor da família.

Condições adversas, nas quais a privação econômica e a ausência de amparo familiar, social, institucional e jurídico acentuam a crise vivida pela família. Por isso é importante que haja um trabalho que contemple as necessidades sociais da criança ou adolescente vitimizada.

A assistente social compõe a equipe no serviço de saúde e deve atuar nos casos de abuso sexual em um trabalho interdisciplinar. Sua incumbência fundamental é assegurar as ligações com outras instituições de saúde e de outros setores. Ferreira (2002) refere que a assistente social pode fazer seu atendimento com consultas agendadas, ou atender às demandas diárias, como ocorre no Ambulatório da Família do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira no Rio de Janeiro.

A partir da atuação no Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV), Miyahara (2002) faz um relato de experiência, na qual, entre outras ações, existe a atuação da assistente social na triagem, aconselhamento, orientação e encaminhamento. O serviço social acompanha as famílias em questões como: mudanças repentinas de residência e escola (quando há ameaças); complementação ou geração de renda para o sustento da família; assessoria aos técnicos da Vara da Infância e Juventude, entre outras.

Nos casos em que a criança ou adolescente está hospitalizado, a alta hospitalar deve ser ocasião para avaliar e reforçar as orientações fornecidas, bem como acionar uma rede de proteção (NATHANSON, 1997). Para Garcia (2002), cada caso representa a criação de redes específicas. V. Faleiros (2000) entende que as articulações intersetoriais são atribuições resultantes de um poder institucionalmente atribuído, para que através de tais articulações a assistência social possa promover a inclusão da criança, adolescente e sua família, conforme as necessidades identificadas.

As falas referentes ao DSC B referem-se à notificação dos casos de abuso sexual, atendidos no serviço, ao Conselho Tutelar. Conforme o Art. 245 do ECA, os profissionais e instituições que atuam junto a crianças e adolescentes estão

comprometidos com a defesa desse grupo etário, conforme o capítulo II que trata das infrações administrativas e para as quais estão previstas sanções:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

As oportunidades que têm os profissionais de saúde de interagir com a criança, o adolescente e suas famílias, justificam tal imperativo. Nessas oportunidades podem ser realizados procedimentos diversos, próprios da assistência à saúde que oportunizam a identificação de situações de risco e especificamente a violência contra o grupo populacional em questão. O tema, presente no DSC B, apresenta-se de modo pontual, sem detalhamento, demonstrando menor conhecimento acerca do procedimento e do papel de cada profissional em relação ao mesmo.

A notificação dos maus tratos praticados contra crianças e adolescentes tornou-se obrigatória para os profissionais de saúde através da lei federal, por meio da portaria nº 1.968/2001 MS. Os objetivos da notificação são informar ao Conselho Tutelar que uma criança, adolescente e sua família precisam de ajuda e à Vigilância Epidemiológica os números da violência que atinge esse grupo populacional, para subsidiar a criação de políticas para o enfrentamento do problema (BRASIL, 2002b).

No DSC C, predominam os procedimentos relacionados à saúde física, com falas pontuais. As condutas apresentam-se de modo genérico em algumas falas e bem específicas em outras. A literatura mostra que o tratamento oferecido deve considerar as características específicas de cada caso em particular, dentro das normas acordadas pela equipe para assistência interdisciplinar. É importante que os profissionais de todas as categorias tenham conhecimentos sobre o abuso sexual, as necessidades da criança/adolescente e ainda conheçam a dinâmica de atendimento, necessária à sua atuação e às demais categorias, para que haja um atendimento verdadeiramente interdisciplinar.

Os casos de abuso sexual que chegam ao serviço de saúde podem ter características distintas, como nos casos de abuso crônico, geralmente atendidos nos ambulatórios ou suspeitados nos setores de internamento, onde as crianças estão recebendo tratamento para algum agravo não relacionado ao abuso ou cuja relação, em princípio, não se

conhece. Casos de abuso com penetração, geralmente, são levados à unidade de saúde em uma situação de emergência, quando a criança apresenta lesões para as quais se faz necessário procedimento cirúrgico (SILVA; SILVA, 2003; WHO, 2003).

A princípio, a criança ou adolescente é atendido pela equipe de enfermagem e médicos do setor e o envolvimento de outros profissionais por conta do abuso se dará somente se houver a suspeita e a mobilização para a proteção da vítima. Os sujeitos revelam a percepção da complexidade da situação e da necessidade de atuar em conjunto.

É importante notar que os casos de abuso sexual de crianças geralmente não se apresentam claramente e precisam ser desvelados. O profissional de saúde em geral suspeita e, baseado nessa suspeita, investiga. Em todos os casos os exames devem ser realizados com cuidado, para que não signifique uma revitimização e não resulte na não colaboração da criança ou adolescente com os procedimentos. (PFEIFFER; SAVAGNI, 2005; SILVA; SILVA, 2003; WHO, 2003).

As crianças e os adolescentes que têm contato com sêmen em cavidades oral, vaginal ou anal são expostos às doenças sexualmente transmissíveis (DST), cuja incidência é alta devido às lesões causadas nas mucosas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) e a WHO (2003), o estupro resulta entre 1 a 5% de taxas de gravidez, representando essa situação uma segunda forma de violência para as vítimas. As DST ocorrem em 16 a 58% dos casos de violência sexual, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. As crianças têm maior vulnerabilidade para as DST, devido, entre outros fatores, à imaturidade anatômica e fisiológica das mucosas. Por isso, algumas medidas profiláticas devem ser tomadas até as primeiras 72 horas do evento, com vistas à prevenção de gravidez decorrente do abuso e das DST/AIDS, como a anticoncepção de emergência e a quimioprofilaxia.

Nos casos de abuso crônico e prolongado ou quando o abuso ocorreu há mais de 72 horas e não foi realizada a profilaxia, os exames devem ser realizados no primeiro atendimento e repetidos para conferir a eficácia do tratamento, quando este se fizer necessário. Deve-se investigar a existência de Gonorréia, Clamídia, Herpes, Trichomonas, Condiloma Acuminado, Vaginose Bacteriana, Sífilis, HIV, Hepatite B. A obtenção de material para os exames pode se dar através de coleta de sangue ou cultura

vaginal ou anal. Recomenda-se o cuidado, para que a coleta do material seja realizada de modo a não acentuar o trauma da criança ou adolescente, já que alguns exames imitam o abuso (SILVA; SILVA, 2003; WHO, 2003).

O discurso chama atenção para o risco de gravidez decorrente do estupro e para a Anticoncepção de Emergência (AE). Os danos de uma gravidez podem ser evitados com o uso da AE, administrada até 72 horas após o evento, o que justifica sua indicação nos casos de abuso sexual. Após o contato certo (estupro) ou duvidoso (atentado violento ao pudor) com sêmen, o método deve ser utilizado em meninas que já tiveram a sua primeira menstruação, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem. Constitui-se contra-indicação absoluta para a AE, a gravidez confirmada (BRASIL, 2005b; 2005c; CURITIBA, 2004; WHO, 2003).

Para a contracepção de emergência, são utilizados os métodos de Yuzpe e o Levonorgestrel. O método Yuzpe consiste na administração da combinação de anticoncepcionais orais, composta de um estrógeno e um progestágeno sintéticos. A Organização Mundial de Saúde recomenda a combinação de etinilestradiol e levonorgestrel, por ter sido mais estudada até o momento. Para a AE, usa-se a dose total de 0,2 mg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais a cada 12 horas (BRASIL, 2005c; CURITIBA, 2004; WHO, 2003).

O método Levonorgestrel, um progestágeno isolado, deve ser usado na dose de 0,75 mg, na dose total de 1,5 mg, administrando-se 1 comprimido a cada 12 horas, ou dois comprimidos em dose única (BRASIL, 2005c). Este método é mais vantajoso que o Yuzpe, pois não contém estrogênios, sendo isento de efeitos colaterais, bem como de contra-indicações e seus efeitos secundários são reduzidas. Outra vantagem do levonorgestrel é que não apresenta interação com os medicamentos anti-retrovirais (BRASIL, 2005c; CURITIBA, 2004; WHO, 2003).

É importante orientar a menina e a família sobre o fato de que a AE não é método abortivo, pois na primeira fase do ciclo menstrual impede a fecundação, através da alteração do desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou a retardando por vários dias. Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a AE altera o transporte dos espermatozóides e do óvulo nas trompas e ainda modifica o muco cervical, por alterar sua espessura, o que dificulta a migração dos espermatozóides até o

óvulo. O método não atua após a fecundação e não impede a implantação, caso a fecundação ocorra, por isso é importante seu uso o mais rápido possível (BRASIL, 2005c; CURITIBA, 2004; WHO, 2003).

Deve-se dar atenção ao aparecimento de efeitos secundários ao uso da AE, como náuseas, vômitos, cefaléia, dor mamária e vertigens. As náuseas podem ser minimizadas com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes da tomada da AE. Os demais sintomas em geral são de curta duração, tendo remissão espontânea nas primeiras 24 horas após o uso da AE. Se dentro das primeiras uma ou duas horas da tomada da AE a menina vomitar, repete-se a dose e se o vômito ocorrer novamente dentro do mesmo prazo, a AE deve ser feita por via vaginal (BRASIL, 2005c; SILVA; SILVA, 2003; WHO, 2003).

A menina e a família devem ser orientadas também para o retorno ao serviço em caso de atraso menstrual, pois como toda droga a AE pode não obter o efeito desejado, sendo esse quadro uma exceção, constituindo um percentual de 2% de falha.

Em todos os casos de abuso sexual em que sejam necessários procedimentos invasivos, exames e uso de drogas, a criança deve ser acompanhada pelo serviço onde primeiro foi atendida ou referenciada para outra unidade próxima à residência dos familiares, para não haver abandono do tratamento. É possível que novos exames precisem ser realizados para comprovar a eficácia das condutas adotadas (FERREIRA, 2002; 2005). A alta dada pelo médico não significa a alta de todo o serviço, pois a criança precisará de acompanhamento psicossocial.

O DSC D revela a percepção da necessidade do cuidado humanizado, mas, sobretudo, do acompanhamento psicológico para as crianças e adolescentes em situação de abuso sexual. A abordagem ou intervenção terapêutica na visão de Fűrnis (1993, p. 113) deve considerar que “o abuso sexual da criança na família é, no nível interacional, um sintoma de disfunção familiar”. Souza et al. (2002) referindo Muram (1995) afirmam que o profissional de saúde mental, além da importância para o tratamento da criança/adolescente, oferece suporte indispensável para que ela possa lidar com os processos policial e judicial, tão desgastantes.

Percebe-se a percepção da necessidade de a criança ser atendida por uma equipe multiprofissional. Fűrniiss (1993), Ferrari (2002) e Habigzang e Caminha (2004) chamam atenção para que os psicólogos atuem em rede, colaborando através de consultas, com outros profissionais e instituições que atuam na proteção da criança/adolescente, evitando conectar-se ao “sistema de segredo” existente no abuso sexual.

Fűrniiss (1993) alerta, ainda, para a necessidade de se diferenciar o segredo da família abusiva que mantém o abuso, da privacidade, que é um direito do cliente de não ser exposto desnecessariamente. O autor afirma que, em nome do sigilo profissional, muitos profissionais da saúde mental passam a compor o sistema de segredo e não colaboram com a equipe multiprofissional nem com as instituições que atuam na proteção da criança. Quanto à modalidade de terapia para a criança que foi abusada, recomenda-se a abordagem familiar metassistêmica, que faz uma clara distinção entre a conceitualização do abuso sexual como sintoma, que é mantido pela disfunção familiar e a intervenção que emprega diferentes correntes de terapia. Para os casos de abuso intrafamiliar prolongado, é destacada a importância de serem trabalhados em terapia inicialmente e prioritariamente os sentimentos de abandono e desvalia para depois serem abordadas as questões da sexualidade.

A escolha do tipo de terapia será feita pela criança/família, considerando conforme a American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) aquela que é mais adequada (APSAC, 2006). Para isso deve ser dada orientação quanto às vantagens de cada tipo. A referida sociedade divide o processo terapêutico em duas fases: a avaliação para a identificação da extensão do trauma e a definição de metas para o tratamento, que objetiva favorecer o processo de cura, buscando o alcance das metas definidas na avaliação.

Padilha e Gomide (2004) relatam estudo no qual foi utilizado um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. As autoras consideram que os objetivos foram alcançados e sugerem um aumento das sessões que lidem com os sentimentos de culpa e raiva.

Ferrari (2002) recomenda para a psicoterapia da violência intrafamiliar na infância e na adolescência os atendimentos múltiplos e integrados psicoterápicos e psiquiátricos e

de serviço social, destinados a todos os membros da família. Os enfoques adotados são os psicodramático e/ou psicanalítico e/ou sistêmico, que na visão da pesquisadora têm favorecido a compreensão e a intervenção nesse fenômeno. A autora adota inicialmente atendimentos familiares, para depois ou simultaneamente em trabalho individual ou de grupo de vítimas, abusadores, pais, casais, todas as modalidades poderem ser aplicadas, com sessões semanais.

Deblinger et al. (2001) relatam estudos comparativos para a verificação da eficácia do tratamento cognitivo-comportamental em crianças de 2 a 8 anos de idade, sexualmente abusadas e suas mães não abusadoras. A pesquisa envolveu vinte e quatro mães e seus respectivos filhos, sendo submetidos à terapia cognitivo-comportamental, na qual o método foi comparado a outras abordagens. A terapia cognitivo-comportamental demonstrou vantagens para as mães nos seguintes aspectos: diminuição de pensamentos intrusivos e das reações emocionais negativas em relação à situação de abuso. As crianças demonstraram grande progresso no conhecimento sobre o seu corpo e consideraram-se mais hábeis para se defenderem do que as crianças que receberam outro suporte terapêutico. O estudo avaliou as mães e as crianças antes e após o tratamento, constatando melhoras em todos os aspectos relatados.

Utilizando também a terapia cognitivo-comportamental, Habigzang e Caminha (2004) realizaram estudo semelhante com treze meninas com idade entre nove e dezesseis anos vítimas de abuso sexual. A intervenção se deu em três fases: avaliação diagnóstica, grupoterapia cognitivo-comportamental e reavaliação diagnóstica individual. A intervenção mostrou-se eficaz, tendo sido potencializada pelo atendimento aos cuidadores e articulação da rede, concomitante. Na mesma abordagem, Cohen et al. (2004) relatam sucesso em tratamentos com crianças de 8 a 15 anos de idade vítimas de abuso sexual, com a utilização da terapia cognitivo-comportamental focada no trauma.

Fürniss (1993) e Deblinger et al. (1990) referidos por Souza (2002) ensinaram aos familiares técnicas de resposta terapêutica às dificuldades comportamentais da criança, havendo melhora na relação familiar, seja na família de origem, seja na família substituta. Fürniss (1993) observa que o comportamento sexualizado que muitas crianças sexualmente abusadas adotam tem sido um problema nas relações familiares e algumas vezes inviabiliza a adaptação aos lares das famílias substitutas. A orientação e atividades educativas diversas têm-se mostrado eficazes para o enfrentamento desse tipo

de problema, sendo uma alternativa a oferta de afeto com ternura, quando a criança “busca sexo”.

Araújo (2002) considera que a indicação terapêutica mais adequada é a terapia do grupo familiar na qual todos os membros da família são envolvidos, inclusive e principalmente o agressor. A autora, partindo do princípio de que o abuso é um problema que diz respeito a toda a família, propõe o enfoque operativo, procurando criar espaços de acolhimento e reflexão para o grupo familiar e buscando soluções para resolver o conflito e não para negá-lo. A proposta desenvolve-se no enfoque psicossocial, que busca apreender os diferentes aspectos envolvidos: o psicológico, o interacional, o social, o econômico e o cultural, revelando-se adequada, dada a complexidade do fenômeno do abuso sexual. Considerando as características e os recursos da família, partindo-se de como ela se encontra nesse momento de crise, se constroem as estratégias de intervenção.

Os sujeitos revelam a preocupação com a necessidade de formar vínculo com a clientela e prevenir o abandono do tratamento. Visando a prevenir esse problema, vários recursos devem ser utilizados. Vários autores consideram a visita domiciliar um instrumento importante para o acompanhamento das crianças vitimizadas. Ferreira (2002) afirma que a falta desse recurso tem sido causa de dificuldade do resgate das famílias faltosas aos atendimentos, contribuindo para o abandono. Unicef (2002), em pesquisa para avaliação do CRAMI, refere que após o serviço receber a notificação de um caso, como primeiro atendimento, é realizada uma visita domiciliar por uma assistente social e uma psicóloga, visando formar um vínculo com a família, já que esta não solicitou os serviços da instituição. A partir desse procedimento, pode ser agendada consulta no serviço. Concordando com essa idéia, Deslandes (1994) considera a visita domiciliar uma estratégia de ação importante como contribuição para a discussão nos serviços de saúde. Silva e Silva (2003) consideram uma medida potencializadora a atuação conjunta do serviço social das unidades de saúde com as equipes de Saúde da Família e as escolas.

**Existe uma rotina estabelecida para o atendimento a crianças vitimizadas no serviço?**

A quarta questão da entrevista pergunta se existe uma rotina estabelecida para o atendimento a crianças vitimizadas no serviço. Os discursos apresentam três Idéias Centrais, a saber: DSC A: Existe, na Comissão de Maus-tratos; DSC B: Existe no hospital em geral e DSC C: Não existe. Os discursos apresentam-se diferentes e até antagônicos. Conforme Lefèvre e Lefèvre (2005a) alguns discursos constituem cadeias argumentativas inconciliáveis, como as respostas taxativas de existe ou não existe, como se apresentam nos discursos a seguir.

#### DSC A

<b>Idéia Central</b>
<b>Existe</b>
<i>A Comissão de Maus-tratos coloca isso bem direitinho. Um profissional que não seja parte da Comissão detecta um caso, imediatamente tenta comunicar à Comissão pra que eles possam fazer um protocolo. Eu não conheço, porque não faço parte da Comissão.</i>
<b>Ancoragem</b>
<b>Através da Comissão de Maus-tratos</b>
<i>A Comissão de Maus-tratos coloca isso bem direitinho. Um profissional que não seja parte da Comissão detecta um caso, imediatamente tenta comunicar à Comissão pra que eles possam fazer um protocolo. Eu não conheço, porque não faço parte da Comissão.</i>

#### DSC B

<b>Idéia Central</b>
<b>Existe no hospital em geral</b>
<i>Existe e nós temos um livro no hospital, uma rotina publicada pra recurso clínico, uma rotina para os médicos sobre o que fazer nos casos de violência. Mas não só abuso sexual, mas todas as formas de violência. A criança é atendida no setor de emergência, passa pelo consultório médico, do consultório reavalia se tem possibilidade de abuso, é encaminhado para o parecer de um especialista. Do especialista (ginecologista ou cirurgião) ao legista e do legista para o médico que solicitou. A rotina é preencher a ficha que eu falei pra notificação e, dependendo do caso, a rotina do internamento. Existe. Aqui tem uma rotina a ser seguida. Mas eu não estou por dentro da rotina. Sim. Todos os casos detectados são encaminhados para o serviço social.</i>

#### DSC C

<b>Idéia Central</b>
----------------------

### **Não existe**

*Não, não existe. Acho que não, eu não vejo. Pelo menos no meu setor não tem. Não tem uma rotina, ou um protocolo. Todas as rotinas são passadas e essa nunca foi. Uma rotina estabelecida não. Aí o médico suspeita, ele diz no laudo que foi abuso e passa pelo serviço social e passa pra coordenação de maus-tratos. Eu não sei na verdade, se você conversar com as colegas do lado tenho impressão que ela não sabe que existe esse setor de maus-tratos aqui. Aqui na emergência não. Quando a gente identifica, a gente chama a Comissão. Realmente não existe um serviço direcionado só pra isso. Que eu conheça, não. Pode até existir, mas eu não conheço. Para os outros profissionais eu não sei se existe uma rotina, um protocolo. Uma rotina escrita não existe para os profissionais seguirem. Se acontecer, a gente recebe e atende, mas não é uma coisa direcionada só pra isso.*

O DSC A demonstra que os sujeitos entendem que a atuação da Comissão, com rotina própria, caracteriza a existência de uma rotina para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes no serviço. A atuação da Comissão envolve, entre outras ações, o recebimento das notificações e encaminhamentos para os Conselhos Tutelares, a consulta para auxílio no diagnóstico de casos suspeitos e a emissão de laudos por parte dos médicos que compõem a Comissão. Tal atuação, ao invés de excluir os profissionais, os inclui e requer que, paralelamente ao encaminhamento à Comissão, haja uma atuação efetiva do profissional no diagnóstico e tratamento dos casos de abuso sexual. Os sujeitos demonstram uma confusão no tocante ao papel da Comissão, sua rotina e o que deveria ser a rotina dos profissionais de saúde que atuam “na ponta” dos atendimentos às vítimas.

A Comissão criou uma ficha de notificação, intitulada Ficha de Notificação de Maus Tratos/Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes. Essa ficha traz no verso um instrutivo para identificação do atendimento, identificação da criança e caracterização da violência, com os devidos Códigos de Identificação de Doenças (CID). Essas informações foram divulgadas através de memorando circular e distribuídas nos diversos setores do hospital (HIAS, 1995). Tais medidas criam a forma de enfrentamento do problema, possível, considerando a realidade atual.

Brasil (2002b) sugere a criação de estratégias para atendimento específico dos principais problemas relacionados à violência contra crianças e adolescentes que permitam ter soluções eficientes e eficazes. A primeira sugestão é a sensibilização maciça de todos os profissionais de saúde e a segunda é o atendimento nos serviços de

saúde dentro dos princípios da proteção integral e com um sistema de referência adequado à complexidade dos casos de abuso sexual.

No DSC B, percebe-se que as rotinas mais genéricas para todos os atendimentos são descritas como rotinas específicas para o atendimento às crianças vitimizadas. Os sujeitos identificam o conhecimento de uma rotina para os casos de violência de modo geral, especificamente para o profissional médico, como também a percepção da inexistência de uma rotina específica para os casos de abuso sexual. Em suas falas, os sujeitos afirmam que existe uma rotina no serviço, sendo essa percepção baseada na idéia de complementaridade entre as especialidades médicas envolvidas na investigação para fins diagnósticos.

No DSC C os sujeitos evidenciam a percepção da não existência de uma rotina a ser seguida para todos os profissionais que atendem às crianças e adolescentes. A literatura mostra que o serviço deve ter normas e rotinas definidas, todavia cada caso deve ser avaliado individualmente e atendido conforme as prioridades identificadas. A equipe deve estabelecer o fluxo de atendimento. Os fluxos construídos pela equipe tendem a ser mais bem aceitos e mais rapidamente assimilados.

A Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a) determina orientação específica à assistência às vítimas de maus-tratos. A referida política determina que os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acompanhar os casos identificados e acionar os serviços de proteção às vítimas. E ainda que serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais (BRASIL, 2001 p. 32).

Conforme a Política, além de elaboradas, as normas e rotinas deverão ser amplamente divulgadas junto aos profissionais, o que, de acordo com os discursos dos sujeitos, não ocorre no serviço pesquisado.

Gomes et. al. (2002) propõem que os serviços compostos por profissionais centrados no modelo biomédico devem refletir sobre alternativas para qualificar suas equipes. Nessa perspectiva, os autores consideram a elaboração de protocolos de atendimento. Ferreira (2005) sugere ao profissional de saúde avaliar, em sua rotina de atendimento, fatores de risco e proteção para crianças, adolescentes e suas famílias. Enquanto Moura & Reichenheim (2005) entendem que os profissionais devem buscar o aprimoramento de rotinas de rastreamento, assim como a adaptação e aperfeiçoamento de instrumentos para executá-las.

Sobre a estruturação dos serviços, Fürniss (1993, p.43) afirma que:

Nenhuma capacidade pessoal de manejar a situação, e nenhum conhecimento ou habilidade motivará os profissionais a ajudar as crianças que sofreram abuso sexual e suas famílias se não houver recursos, estruturas e ambientes para os serviços.

Essa afirmação sugere que deve haver uma reorganização dos serviços de saúde para o atendimento das crianças e adolescentes vitimizadas e suas famílias, idéia presente em Brasil (2001a). Para tanto, os gestores deverão estar comprometidos com a atuação do setor saúde numa perspectiva mais abrangente do que se pratica atualmente.

### **Qual o envolvimento da sua categoria profissional com a rotina para enfrentamento do abuso sexual?**

A quinta questão da entrevista pergunta qual o envolvimento da categoria profissional do sujeito com a rotina para o enfrentamento do abuso sexual. Os discursos apresentam três IC, a saber: DSC A: O envolvimento através da Comissão; DSC B: Não sabe e a DSC C: Nenhum envolvimento, porque não existe rotina.

#### **DSC A**

##### **Idéia Central**

##### **O envolvimento através da Comissão**

*Geralmente na Comissão de Maus-tratos tem uma assistente social. Quando tem um caso*

*que eu desconfio, aí eu já encaminho pra Comissão. Quando precisa-se de uma exigência maior, aí procura-se a comissão. Eles encaminham (para a Comissão).*

### **DSC B**

#### **Idéia Central**

#### **Não sabe**

*Não sei. Não sei como está funcionando. Eu não sei como os profissionais se envolvem, mas eu sei que encaminhar, eles encaminham (para a Comissão). Não sei como está sendo viabilizado isso.*

### **DSC C**

#### **Idéia Central**

#### **Nenhum envolvimento**

*Nenhum porque não existe uma rotina. Sinceramente, nenhum. Não existe a rotina. Não existe o envolvimento dos outros. Assim, quando eu comentei um caso de uma menina, então eu perguntei: o que eu faço? Faça o seu serviço. A idéia é que não é o serviço da enfermeira e isso me incomoda até hoje. Nossa atuação ainda é muito pequena, muito superficial. Como não tem uma rotina a gente tenta ver os problemas de enfermagem e atua neles. Só temos as rotinas para os procedimentos técnicos.*

#### **Ancoragem**

#### **Porque não existe uma rotina**

*Nenhum porque não existe uma rotina. Sinceramente, nenhum. Não existe a rotina. Não existe o envolvimento dos outros. Como não tem uma rotina a gente tenta ver os problemas de enfermagem e atua neles. Só temos as rotinas para os procedimentos técnicos.*

No DSC A, a Comissão mostra-se um instrumento importante para atuação dos profissionais. Através do encaminhamento para a Comissão, os profissionais consideram seu envolvimento com o tema, estabelecendo dessa forma, o enfrentamento do abuso sexual.

No DSC B, os sujeitos demonstram não saber como se dá o envolvimento dos profissionais de sua categoria com o enfrentamento do abuso sexual.

No DSC C, verifica-se a idéia central que concentra o discurso predominante. Essa questão teve um grande número de respostas repetidas, formando um “grande coro”, conforme o exemplo da fala do sujeito 16: *Nenhum porque não existe uma rotina*. A mesma idéia foi expressa por vários sujeitos de modo objetivo e sucinto.

O setor saúde é uma importante porta de entrada para os casos de abuso sexual. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b, p. 27), “Com frequência, os profissionais de saúde são os primeiros a serem informados sobre episódios de violência”. Ferreira et al. (1999) afirmam que o atendimento dos casos de violência no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira foi uma realidade que se impôs ao serviço. Através de seus profissionais, a instituição respondeu a essa demanda, a despeito das dificuldades referentes ao enfrentamento da violência em nível hospitalar. Para Amazarray e Koller (1998), o profissional deve estar consciente da necessidade de realizar suas intervenções através de uma abordagem compreensiva e contextualizada de cada caso.

O envolvimento de cada categoria profissional é imprescindível para uma assistência integral à saúde da criança, como afirma Deslandes (1994, p. 186): “(...) importante a atuação de uma equipe que conjugue a experiência de vários profissionais ligados a diferentes áreas”. Ferreira et al. (1999) entendem que é importante que todos os profissionais adotem um novo olhar e não só os que atuam em serviços especializados. Fürniss (1993, p. 2) refere a respeito de sua experiência em um hospital em Londres: “(...) mudou o abuso sexual da criança, de um diagnóstico psicossocial jamais visto anteriormente em um hospital, para uma ocorrência clínica cotidiana”. Essa afirmação do autor, um psicólogo alemão com significativa experiência no tema, demonstra o quanto o problema do abuso sexual diz respeito aos profissionais de saúde.

Concordando com a idéia de Fürniss, Unicef (2002) afirma que psicólogos, psiquiatras, enfermeiras, médicos pediatras e ginecologistas devem ser especializados na questão do abuso sexual e ter a prática de trabalho interdisciplinar. A esse grupo de profissionais acrescentamos a figura da assistente social, pela importância anteriormente discutida neste trabalho.

Discorrendo sobre o papel específico da enfermeira, a atuação desse profissional requer um conjunto de competências, que vão além das competências técnicas até então

presentes em sua formação. Hobbins (2004) refere que primeiramente a enfermeira deve ter conhecimento sobre o fenômeno do abuso sexual de crianças. A autora norte americana apresenta em seu artigo os cuidados perinatais prestados a mulheres que sofreram abuso sexual na infância, considerando as necessidades decorrentes do abuso e as seqüelas emocionais a longo prazo.

Na Austrália, vários profissionais, inclusive enfermeiras fazem notificações e relatórios exigidos por lei, sobre casos de crianças em situação de abuso atendidas em suas jurisdições. Trata-se de um procedimento que requer da enfermeira conhecimentos sobre as leis de proteção à criança, além dos conhecimentos específicos da sua formação (MATHEWS et al., 2006).

No Brasil, várias publicações apontam as ações possíveis aos profissionais de saúde, abrangendo a atuação das enfermeiras, como protocolos elaborados por instituições governamentais e sociedades de diversas categorias. O conhecimento dos protocolos e dos fluxos é imprescindível ao atendimento dos casos de abuso sexual. A oferta de um cuidado tecnicamente competente, humanizado, ético e baseado nos princípios da proteção integral, que contemplem a criança, o adolescente e sua família e os beneficiem com o atendimento multiprofissional prestado no serviço e em toda a rede setorial e intersetorial deve ser prioridade para a enfermeira, como para todos os profissionais. De acordo com portaria que determina a criação da Comissão para Identificação e Prevenção de Maus Tratos à Criança e ao Adolescente, é definido um grupo multidisciplinar, com a inclusão de enfermeiras.

Ainda, conforme estudo de Ferreira (2002), a enfermeira compõe equipes multiprofissionais em ambulatórios especializados no atendimento a crianças em situação de violência. Ceará (2004) e Curitiba (2004) especificam as ações de enfermagem, incluindo as ações do fazer tradicional desses profissionais, bem como ações para as quais a maioria dos profissionais ainda necessita de capacitação.

**Qual a estratégia para qualificação dos profissionais para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, adotada pela instituição?**

A sexta questão da entrevista investiga a estratégia de qualificação dos profissionais de saúde adotada pelo serviço. Os discursos apresentam as seguintes IC: DSC A: A existência de atividades regulares; DSC B: A existência de atividades esporádicas e DSC C: Não existe uma estratégia.

### DSC A

#### Idéia Central

##### **A existência de atividades regulares**

*Existem cursos. Sempre que tem os cursos a gente aborda o tema. Sempre estão oferecendo, seja de violência ou de outros. A instituição oferece cursos. Há poucos dias tava ali no flanelógrafo uma coisa aí qualquer, um encontro aí qualquer. É que a gente tem pouco tempo. A Comissão faz tudo pra se fazer presente aqui dentro do hospital e isso já é de alguma forma educativo.*

### DSC B

#### Idéia Central

##### **A existência de atividades esporádicas**

*O último que eu fiz foi por aqui. Os cursos não são regulares, acontece de vez em quando. Se fosse regular, eu sabia como é que estava o protocolo. O último curso que eu participei foi no ano passado. Hoje em dia eu estou vendo pouco curso, pouco seminário, pouco tudo. É como se fosse uma fase política. Só uma palestra que eu saiba. Eu me lembro que já foi feita aqui uma grande sensibilização, quando vieram dois profissionais, até uma pessoa de Vitória e outra do Rio de Janeiro. Quanto à estratégia de qualificação, o hospital foi o pioneiro nesse trabalho, a gente trouxe até gente de fora pra falar.*

### DSC C

#### Idéia Central

##### **Não existe uma estratégia**

*Nada. Eu estou aqui há dois anos e nesses dois anos não se falou nisso. Sei que tem uma comissão que vem no setor durante a semana, mas durante o fim de semana, não. Treinamento, capacitação não. Desde que estou aqui nunca recebi um treinamento, em relação a isso não. Eu não vi nenhuma palestra ou curso para abordar os casos de abuso sexual. Se há alguma estratégia eu desconheço. Não tem nenhuma estratégia. Que eu me lembre, no período que eu estou aqui nunca foi oferecido curso. A instituição, no período que eu passei a atuar não ofereceu nenhum curso, nenhuma capacitação nesse sentido.*

*Realmente você tem que procurar alternativas por fora, pagar cursos, porque a instituição não ofereceu. A gente tem muitos cursos voltados pra alguns grupos de patologias, mas no tema abuso sexual ou a suspeita eu desconheço.*

O DSC A demonstra percepção da estratégia de qualificação dos profissionais de saúde no serviço, como atividades regulares e engloba cursos e o acompanhamento oferecido pela Comissão no dia-dia.

No DCS B os sujeitos revelam conhecimento de atividades importantes anteriormente oferecidas pelo serviço, que perderam a continuidade, mas revelam o grande potencial do serviço.

O DSC C aponta para a inexistência de uma estratégia de qualificação, revelando a percepção de uma visão biologicista da assistência à criança. Ward et al. (2004) chamam atenção para a necessidade de estabelecer programas efetivos, para a proteção infantil em relação aos maus tratos na formação de médicos residentes. Os autores chegaram a tal conclusão após um estudo que examinou a adequação, sobre a formação e competência dos médicos residentes em pediatria no Canadá acerca do tema.

Marques (2003, p. 85) refere que o preparo dos profissionais para o atendimento é quase inexistente em todo o Brasil e “os que se capacitaram foram em grande parte por conta própria, motivados pelo desafio de orientar usuários em situações tão dramáticas, com as quais nunca haviam se defrontado antes”.

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências reconhece as dificuldades do setor saúde em relação aos recursos humanos, ao mesmo tempo em que ressalta a importância da criação de diretrizes institucionais que favoreçam a atuação na área:

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-os para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente (BRASIL, 2001a, p. 17).

As situações às quais a Política se refere estão no dia-dia do profissional e requerem do mesmo um perfil com competências, habilidades e conteúdos que contemplem as

reais necessidades da criança e do adolescente (BRASIL, 2006b). Os profissionais deverão estar sensibilizados para o manejo dos casos de abuso sexual, especialmente aqueles cujas formas requerem um grau de suspeição mais elevado para sua detecção. Para isso, de acordo com Silva (2003), os profissionais precisam ter um instrumental teórico e prático baseado na proteção integral, com abordagem interdisciplinar.

O documento do Ministério da Saúde, uma matriz pedagógica, intitulada *Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual* objetiva:

Promover por intermédio de formação profissional continuada, a organização e a sustentabilidade da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, bem como o apoio e o desenvolvimento de habilidades que tenham por fim garantir a prevenção e o atendimento na concepção de rede integrada (BRASIL, 2006 p. 27).

O atendimento na concepção de rede integrada, prática à qual os profissionais ainda não estão habituados, nem a rede de saúde favorece, proporciona maior efetividade às ações usualmente executadas. O alcance desse objetivo se dará através da formação profissional continuada no tema, uma realidade distante para a maioria dos serviços, inclusive a instituição pesquisada.

O cuidado à criança vitimizada requer um profissional com um perfil humanista, crítico, reflexivo e capacitado a atuar pautado em princípios éticos, nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2001c). Independente da graduação que o profissional tenha cursado poderá desenvolver competências e habilidades apropriadas à atuação nos casos de abuso sexual. Para tanto, faz-se necessária a capacitação com métodos e conteúdos apropriados.

**Quais as possibilidades que você percebe para o atendimento da criança sexualmente vitimizada no serviço onde você atua e na rede de saúde?**

A sétima questão da entrevista buscou conhecer dos sujeitos as possibilidades para o atendimento à criança vitimizada. Os discursos apresentam as seguintes IC: DSC A: as possibilidades existem a partir dos recursos do serviço; DSC B: as possibilidades existem a partir da atuação da Comissão e DSC C: há descrédito na rede de assistência.

## DSC A

### Idéia Central

**É possível atender a criança vitimizada a partir dos recursos já existentes no serviço.**

*As possibilidades aqui existem. No serviço, muito grande e devido à qualidade do serviço prestado é possível prestar atendimento à criança e à adolescente vítima de abuso. O serviço é altamente organizado e a nossa equipe é preparada. O atendimento não deixa nada a desejar. Eles [a instituição] dispõem de tudo que é necessário pra uma boa assistência. Eu acho que do jeito que está, a gente atende. Qualquer um funcionário dessa casa pode mexer com a violência. A interconsulta acontece e como acontece! E ajuda muito e poderia ser assim com todos. É possível fazer um trabalho com a criança e o adolescente e com os familiares também, assistência psicológica, dar o seguimento. O hospital tem potencial pra dar esse seguimento, acompanhar a criança pra não se repetir o abuso. O serviço pode cuidar dela e com qualidade, que essa história que serviço, que rede pública não presta, mentira, presta. Meu atendimento presta sim. Fora a parte da humanização, que eu posso fazer.*

## DSC B

### Idéia Central

**É possível atender a criança vitimizada a partir da atuação da Comissão**

*Aqui nós já temos uma comissão que é muito empenhada. Tem a Comissão de Maus-tratos, que, quando acionada, ela funciona. São vários casos que chegam. Eles têm detectado.*

## DSC C

### Idéia Central

**É possível fazer pouco**

*Não tem o que fazer. É encaminhar. Na rede de saúde, se ela não se vincular ao conselho tutelar, nada acontece. O que é possível é primeiro notificar se houve a violência e solicitar ao médico legista para constatar a veracidade do caso. Mas a saúde está muito restrita aos muros do hospital. Mas na rede, eu não sei pra onde vou mandar. Nós fazemos aqui é dar o mote para o conselho tutelar. Na rede é muito pouco. Na rede de saúde existem falhas. É tudo tão pouco. Pouco conhecimento, pouca boa vontade. Também pode ser medo de ver a verdade. O trabalho é pouco valorizado pelo gestor.*

### Ancoragem

**O descrédito na rede de assistência**

*Não tem o que fazer. É encaminhar. Na rede de saúde, se ela não se vincular ao conselho tutelar, nada acontece. Mas na rede, eu não sei pra onde vou mandar. Na rede é muito pouco. Na rede de saúde existem falhas. É tudo tão pouco. Pouco conhecimento, pouca boa*

*vontade. Também pode ser medo de ver a verdade. O trabalho é pouco valorizado pelo gestor.*

O DSC A, que traz como IC que é possível atender a criança vitimizada a partir dos recursos humanos e materiais já existentes no serviço, revela o reconhecimento do valor do serviço pelos profissionais. No discurso, coloca-se a possibilidade de assistência extensiva ao atendimento aos familiares, aspecto bastante valorizado na literatura.

A grande amplitude e complexidade da violência contra crianças e adolescentes mobiliza um número cada vez maior de profissionais e requer que as ações e serviços sejam fortalecidos e potencializados, na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração para solução dos problemas. A reorganização do setor saúde para o enfrentamento do abuso sexual inclui a criação de serviços específicos, bem como a qualificação dos profissionais e a estruturação dos serviços existentes para atuar, utilizando todo potencial disponível (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2002b, SILVA; SILVA, 2003).

O DSC B apresenta a IC: É possível atender a criança vitimizada a partir da atuação da Comissão. Ao mesmo tempo em que confere uma importância fundamental ao trabalho desse grupo, condiciona ou limita ao mesmo a atuação nos casos de abuso sexual. O papel das comissões de prevenção aos maus tratos deve ser o de agregar os profissionais, de fomentar o interesse pelo tema e de fortalecer as ações dos profissionais de saúde. Cada profissional deve assumir o cuidado à criança e ao adolescente vitimizado, realizando as ações próprias da sua prática, conforme a categoria profissional.

Fürniss (1993, p. 6) afirma que “a tarefa no abuso sexual da criança é mais ampla do que a tarefa, a responsabilidade e a capacidade profissional de qualquer profissional isolado envolvido”. Dessa maneira, a atuação isolada com a criança vitimizada torna a assistência incompleta e não contempla as necessidades da criança, adolescente e família em relação à saúde integral. Compartilhando da mesma idéia, Carvalho (2003) afirma que quando o profissional sabe que pode contar com muitas instituições ao seu entorno, sua confiança aumenta. E comenta sobre o quanto é gratificante compartilhar das decisões em relação aos casos atendidos, para que elas sejam mais acertadas e

garantam mais sucesso nos atendimentos e seja alcançado o bem-estar das crianças e adolescentes.

Ferreira (2005) entende que ações para minorar a violência devem ser estruturadas em uma rede de serviços, com ações coordenadas a partir do poder público, integrando os vários níveis de atividade e evitando a duplicidade de serviços. A importância do poder estatal é ressaltada por Gomes et al. (2002), para quem os profissionais devem atuar como cidadãos e suas ações não se restringirem aos campos disciplinares.

As dificuldades com o trabalho em rede são percebidas no DSC C, cuja IC é: É possível fazer pouco, e cuja ancoragem é: O descrédito na rede de assistência. O discurso demonstra o isolamento em que ainda se encontram os profissionais da saúde.

O isolamento dos profissionais e dos serviços prejudica a assistência integral à criança, ao adolescente e a suas famílias. Para a abordagem de proteção integral à criança vítima de abuso sexual, faz-se necessário que a assistência seja também integral e que se conte com os vários profissionais e setores existentes. A existência de uma rede de serviços não caracteriza a atuação em rede, mas sim o modo de atuar, integrando e organizando as ações. Segundo Oliveira et al. (2004), a atuação em rede não prevê a princípio a criação de novos serviços ou programas, mas a integração dos que já existem e requer pessoas sensibilizadas e envolvidas. Após a implantação, é provável que se perceba a necessidade de criar outros serviços, que serão complementares à proposta inicial e comporão a rede como os demais.

A idéia acima valoriza os recursos existentes nos serviços, sendo esses recursos também valorizados pelos sujeitos, como se percebe no DSC A, que demonstra o entendimento de que os profissionais e o serviço que já prestam um atendimento de boa qualidade apresentam um grande potencial para que se integrem a uma rede organizada e articulada de proteção à criança e ao adolescente vitimizados.

**Quais as suas dificuldades para o atendimento da criança sexualmente vitimizada?**

A oitava questão da entrevista buscou conhecer dos sujeitos as suas dificuldades para o atendimento da criança sexualmente vitimizada. As IC presentes no DSC A: Falta de preparo do profissional; DSC B: Emocional pelo sofrimento da criança; DSC C: A omissão da família e DSC D: Estrutura do serviço insuficiente.

#### DSC A

##### Idéia Central

##### Falta de preparo do profissional

*Eu acho que falta preparo, falta treino, de capacitação. (...) é até a falta da capacitação. Os profissionais têm dificuldade principalmente na rede pública, muitas vezes não é preparado para isso e quando se depara com a criança e o adolescente que sofreu o abuso, realmente ele muitas vezes não sabe lidar com o problema. Precisa que o profissional seja sensibilizado. Que ele possa dominar um pouco daquele assunto pra que ele possa saber levar e conversar. A abordagem. A gente pode estar violando a criança com uma pergunta. É a abordagem. Talvez até eu tenha preparo pra abordar a mãe, mas a criança não. Eu não tenho condições de abordar. Então o que falta é capacitação. A gente dá uma assistência à saúde física e pronto.*

#### DSC B

##### Idéia Central

##### Emocional pelo sofrimento da criança

*O fato de eu ser muito emotiva. Muitas vezes eu transfiro pra minha filha. A minha dificuldade como pessoa, quando eu vejo essas coisas penso na dor da criança, na dor física que ela sentiu. Eu tenho dificuldade de entender que uma criança que sofreu abuso possa se recuperar, possa voltar a conviver com essa pessoa. Sinto um tipo de revolta dentro de mim. Acho que isso dificulta. Normalmente fundo emocional pela violência sexual praticada.*

#### DSC C

##### Idéia Central

##### A omissão da família

*É na hora de conversar com a mãe, às vezes ela não demonstra preocupação ou sofrimento e aí dá raiva, o que me atrapalha um pouco. O silêncio da mãe ou acompanhante. Elas escondem. Aí fica difícil. E não é um assunto fácil de abordar. Quando eu tento explicar à mãe, orientar e sinto uma certa resistência, às vezes eu me retraio, eu volto. Aquela mãe já*

*não tem condições da gente tentar. (...) você conta com a barreira do silêncio da mãe, quebrar aquele gelo, porque muitas vezes ela não quer nem falar. Às vezes a gente fala que vai notificar, a família desaparece, some e a família deu o endereço errado. A minha dificuldade é com esses casos que fogem (...) por questões econômicas, às vezes a dependência do dinheiro. Esses são os casos mais difíceis. O que me choca é a mãe negando tudo. (...) o abuso é secreto, as famílias guardam (o segredo) e a criança não tem condições de relatar tudo que aconteceu pra gente. Pra retirar das pessoas as informações é muito difícil. O que elas puderem omitir, elas vão omitir.*

#### **Ancoragem**

#### **A família está em conluio contra a revelação do abuso**

*O silêncio da mãe ou acompanhante. Elas escondem. (...) você conta com a barreira do silêncio da mãe, porque muitas vezes ela não quer nem falar. O que me choca é a mãe negando tudo. (...) o abuso é secreto, as famílias guardam (...) O que elas puderem omitir, elas vão omitir. Às vezes a gente fala que vai notificar, a família desaparece, some e a família deu o endereço errado.*

### **DSC D**

#### **Idéia Central**

#### **Estrutura do serviço insuficiente**

*É você não ter condições de dar continuidade no caso. A gente começa, mas não dá o andamento ao atendimento. A Comissão de Maus-tratos é que termina. Uma das dificuldades é sempre estar ocupada, precisar de mais tempo e não ter, é não ter um ambiente adequado, o que geralmente a gente não tem. Não estou dizendo pra criar um local, mas pelo menos que a gente pudesse ter um respeito no atendimento. Quando encaminha pro outro local, a gente perde a criança. A gente descobre as feridas e não cuida das feridas. Tem muitas prioridades pra serem feitas, então os maus-tratos no momento da denúncia é prioridade, depois passa a não ser. Meu medo é essa mãe sair com a criança e não ter como retornar. E a gente vai na casa dela? Essa dificuldade eu sinto. Eu fico com sentimento de impotência. A dificuldade é tratar, mais do que do diagnóstico. Daqui que a gente tenha um laudo que comprove (...)*

No DSC A, a IC é a falta de preparo do profissional para o atendimento à criança vitimizada. Esse aspecto foi bastante abordado anteriormente, o que evidencia a complexidade do abuso sexual, assim como a importância da qualificação profissional para atuação nos casos.

A revelação do abuso tem grande utilidade no processo terapêutico, pois a criança rompe o “pacto do segredo” com o abusador, passando a aceitar melhor a ajuda oferecida. Fűrmiss (1993), Silva e Silva (2003) e WHO (2003) afirmam que a falta de

evidência material no abuso sexual torna necessária sua revelação verbal. As crianças e adolescentes sexualmente abusadas têm dificuldades para falar sobre o abuso por vários motivos: são ameaçadas pelo abusador; sentem vergonha; têm ansiedade em relação às conseqüências e têm medo de não serem acreditadas. Por isso, a abordagem da vítima do abuso constitui-se uma situação delicada, que requer do profissional um preparo específico. É necessário estar atento a cada manifestação da criança, que pode significar que o profissional pode avançar ou recuar em sua tentativa de obter a revelação.

Fürniss (1993) e Ferrari (2002) afirmam que em alguns casos, somente quando em psicoterapia e após algum tempo, que pode ser meses ou anos, a criança ou adolescente consegue fazer a revelação. Por isso, mesmo considerando a importância da revelação para o processo legal, deve-se tomar cuidado para não desrespeitar o “tempo da criança”. Ferreira (2002, p. 178), em pesquisa de avaliação de serviço, afirma que: “a importância do AF acompanhar os casos por um período mais prolongado é a necessidade de fundamentar as suspeitas que chegam ao serviço (...)”. A afirmação da autora evidencia o cuidado com o aspecto da revelação, respeitado o tempo necessário.

Em experiência relatada por Mattos (2002), em um estudo a partir de sete casos, em dois, não houve revelação pela própria criança, apesar das provas materiais. Uma das crianças conseguiu revelar três anos após o abuso ter cessado.

No DSC B, os sujeitos referem que uma das dificuldades encontradas é na esfera emocional, ao entrarem em contato com o sofrimento físico e emocional da criança ou adolescente vitimizado. Os casos de abuso sexual levam o profissional a entrar em contato com sentimentos de incredulidade, revolta, angústia, etc. Tais sentimentos podem resultar em negação do abuso com diagnóstico negativo ou atitudes intempestivas de julgamento e punição da família, por esta não ter protegido a criança ou por ter cometido o abuso. Os sentimentos ambivalentes em relação à vítima e a sua família são relatados por vários autores, sendo identificados na forma de atitudes ora de cuidado e atenção, ora de dúvida quanto à veracidade da revelação e desejo de punição (FURNISS, 1993; GABEL, 1997; OLIVEIRA, 2003). Para minimizar esses problemas, Gomes et al. (2002) sugerem a criação de redes de apoio ou equipes interdisciplinares para dar suporte ou subsídio às ações dos profissionais.

O DSC C tem como IC a omissão da família, ancorada na idéia do conluio contra a revelação do abuso. Os sujeitos revelam suas dificuldades quando se deparam com a indiferença ou cumplicidade dos familiares não agressores, especialmente quando se trata da mãe. Fűrmiss (1993) alerta para o risco do equívoco ao se supor que o progenitor não abusador é o aliado natural da criança que sofreu o abuso. O autor refere que freqüentemente o familiar não abusivo nega o abuso, acusando a vítima de práticas sexuais fora de casa. Ainda, se admite o abuso intrafamiliar, acusa a criança ou adolescente de ter provocado o abuso, seduzindo o abusador. Scodelario (2002, p. 102) explica que a omissão da mãe ocorre “(...) na tentativa de se proteger de conflitos internos, como ter de escolher entre a filha e o companheiro, bem como entre proteger a filha ou uma suposta unidade familiar”.

Vários motivos são enumerados para explicar o silêncio da família diante do abuso de crianças e adolescentes, como não querer romper o equilíbrio familiar disfuncional, medo de agressões, não querer deixar o parceiro, não querer perder o *status* social e outros (SCODELARIO, 2002). Para Fűrmiss (1993), o silêncio se apresenta através da mentira ou da negação inconsciente e tanto um processo como outro podem levar os familiares a negar a criança como sujeito e até a rejeitá-la. Em algumas situações, mesmo após a revelação, a família conecta-se ao segredo e passa a não considerar o abuso como realidade, levando muitas vezes a criança a negar o abuso, mesmo depois de tê-lo revelado.

Por outro lado, a família protetora é muito importante para o tratamento da criança. Pfeiffer e Salvagni (2005) entendem que os melhores resultados no acompanhamento das vítimas de abuso sexual são esperados, entre outros fatores, se a família está comprometida com o seu tratamento. Dito de outro modo, se a família assume seu papel de cuidadora, vendo a criança como objeto de seus cuidados.

Por se tratar de uma realidade freqüente em casos de abuso intrafamiliar, o profissional de saúde precisa estar atento para identificar a pessoa de confiança da criança, que pode ser outro familiar, uma professora, ou até o próprio profissional de saúde que cuida da criança. Fűrmiss (1993) refere que a pessoa de confiança para a criança geralmente é a pessoa para quem ela primeiro fez a revelação.

Pela natureza das ações de enfrentamento do abuso sexual, que freqüentemente desnudam as relações familiares, cada profissional de saúde deve atuar como a pessoa de confiança para a criança ou adolescente (THOUVENIN, 1997). Desse modo, o papel de cuidador do profissional de saúde extrapola a esfera meramente técnica de sua atuação e atinge a esfera da cidadania e da solidariedade. A criança sente-se envolvida afetivamente com o profissional e a resposta deverá ser de cuidado, através das ações de proteção integral.

O DSC D apresenta como IC a estrutura do serviço insuficiente. Demonstrando o interesse em proteger a criança e contando com a Comissão, os sujeitos sentem dificuldades em oferecer a assistência que consideram necessária às vítimas de abuso sexual.

A melhoria do atendimento à criança e ao adolescente em situação de abuso sexual depende do compromisso da gestão à qual o serviço está subordinado. A Política nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências determina responsabilidades para cada esfera de governo no tocante à qualificação dos recursos humanos. De acordo com a Política (BRASIL, 2001a, p. 46-47), cabe à Secretaria Estadual de Saúde, entre outras ações:

Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade do atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas de saúde e afins.

Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.

Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

Para a efetivação de tais ações faz-se necessário que a gestão assuma o problema das violências contra crianças e adolescentes como um problema de saúde pública de grande magnitude. Deslandes e Gomes (2004), apud OMS, consideram que as secretarias estaduais e municipais têm buscado intervir na capacitação dos profissionais. Para os autores, as referidas esferas de governo evidenciaram o reconhecimento do problema e a disposição para atuar.

**Quais as suas sugestões para melhorar a atuação dos profissionais de saúde na temática?**

A nona questão da entrevista perguntou aos sujeitos as suas sugestões para melhorar a atuação dos profissionais de saúde no atendimento à criança sexualmente vitimizada. As IC identificadas foram: DSC A: Capacitação dos profissionais; DSC B: Estruturação dos serviços.

**DSC A**

**Idéia Central**

**Capacitação dos profissionais**

*Colocar o tema nas graduações. A primeira coisa é capacitação adequada, o treinamento dos profissionais. Eu acredito, eu adoro Paulo Freire. Você usar sua autonomia pra aprender, pra discutir, pegando casos reais, trazendo a questão da lei. Capacitar os profissionais, mostrando exemplos. E nessa capacitação entra a dramatização, ver o que o profissional sente em relação a isso. A instituição deveria investir em treinamento, em capacitação, reciclagem, mais cursos, mais informação, até pra sensibilizar mais. Quanto mais conhecimento melhor. Aí o profissional não vai mais se esconder, pois vai estar mais preparado pra dar a assistência. Que ofereçam cursos, capacitação e que as pessoas procurem fazer estudos de caso a respeito e que haja uma mobilização maior com relação a isso. Teriam que ser mais sensibilizados através de cursos, discussões semanais de caso, publicações. Reunião clínica ampliada com a participação de todos os profissionais, não só os médicos. Aí envolveria outros profissionais, a gente vai vencendo o medo com a coisa sendo mais conhecida, mais dialogada. Sensibilização é aquela do dia-dia. Com estudos de caso semanal. Precisa de capacitação regular e o acompanhamento dos casos. A gente tem que fazer uma divulgação maior aqui dentro, fazer palestras pros outros profissionais e não só pro pessoal da Comissão. Desenvolver cursos para treinamento pra chegar com mais facilidade ao diagnóstico.*

**DSC B**

**Idéia Central**

**Estruturação dos serviços**

*Política de saúde pra desenvolver nas pessoas o interesse de fazer alguma coisa. Estruturação de serviços para esta finalidade. A gente deveria ter um ambulatório disso aí, ambulatório de crianças vítimas de violência. Ter um serviço social que faça a ponte com a família, com o Conselho Tutelar, com o juizado, com a promotoria. Desenvolver acompanhamento assistencial a essas pessoas. Se poderia ter um ambulatório mesmo. Só a violência sexual não deveria. Acho que deveria atender os casos de violência como um todo. Facilitar a notificação. Que realmente tivessem o serviço todo disponível, também na*

*emergência do hospital. Que o pessoal da Comissão estivesse mais disponível. Humanização da assistência, individualizar a assistência. Saber abordar uma criança. Aumentar o número de psicólogas. Melhor entrosamento e mecanismos de referência e contra-referência.*

### **Ancoragem**

#### **O atendimento deve ser realizado em rede**

*Ter um serviço social que faça a ponte com a família, com o Conselho Tutelar, com o juizado, com a promotoria. Facilitar a notificação. Melhor entrosamento e mecanismos de referência e contra-referência.*

O DSC A, cuja IC é a capacitação dos profissionais, apresenta riqueza em sugestões para melhoria da atuação dos profissionais no atendimento à criança e ao adolescente em situação de abuso sexual. A capacitação é uma forma mais imediata para mudar as representações sobre o abuso sexual e seu enfrentamento. Moscovici (2003) considera importante a natureza da mudança através da qual as representações sociais se tornam capazes de influenciar o comportamento dos indivíduos de uma coletividade.

A capacitação dos profissionais tem sido motivada mais por iniciativa própria do que por políticas de enfrentamento do abuso sexual. Os profissionais identificam necessidades em sua prática e buscam as respostas às suas dúvidas (OLIVEIRA, 2003). Porém a formação dos recursos humanos está prevista no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (BRASIL, 2001c). Para a capacitação dos profissionais para lidar com as situações de abuso sexual, o Plano prevê parcerias diversas, com as universidades, os centros de formação de pessoal, organizações não governamentais e agências internacionais. O DSC A aborda a inclusão do tema abuso sexual nos cursos de graduação. Para a inclusão nos currículos de graduação das disciplinas sobre abuso sexual e sobre os direitos da criança e do adolescente, o Plano envolve como parceiros o Ministério da Educação/Conselho Federal de Educação e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

Os sujeitos do estudo demonstram o entendimento da necessidade de se abordar o tema a partir da prática. Essa idéia converge para o que encontramos em Moscovici (2003) quando este afirma que as pessoas e grupos não são receptores passivos, mas pensam por si mesmos, produzem e comunicam suas próprias representações e soluções

às questões que eles mesmos colocam. Freire (1979) afirma que a educação não deve adaptar a pessoa à sociedade, mas estimular a opção e afirmar o ser humano como tal, para promover transformação e não adaptação.

O método problematizador é sugerido no discurso. Para Freire (1979), em todo ser humano existe o ímpeto criador e a educação é mais autêntica quanto mais desenvolve este ímpeto ontológico de criar. Na medida em que as pessoas dentro de sua sociedade respondem aos desafios do mundo, vão fazendo história por sua própria criatividade.

Ao compartilharem de um conhecimento comum, em geral as pessoas não raciocinam sobre ele e não conseguem colocá-lo diante de si como um objeto, ou analisar seus conteúdos colocando-o a certa distância para observá-lo sem que eles mesmos estejam implicados nisso (FREIRE, 1979). Por isso faz-se necessário, através da problematização, trabalhar com situações factíveis, mas não exatamente a vivência dos profissionais, ou aquelas com as quais eles não estiveram diretamente envolvidos.

Em atividades educativas, busca-se que as representações não-familiares tornem-se familiares. Para Moscovici (2003), estas dependem da memória e dificilmente sofrem modificações súbitas. Na prática do profissional de saúde, este continua cuidando de crianças enquanto aprende modos de atuar no enfrentamento do abuso sexual e fazer abordagens específicas. Moscovici (2003, p. 73) afirma que “Uma vez que uma sociedade tenha aceito tal paradigma, ou núcleo figurativo, ela acha fácil falar sobre tudo o que se relacione com esse paradigma (...)”. Desse modo, torna-se possível que os profissionais capacitados adotem e discutam o paradigma da proteção integral assim como as ações coerentes com esse paradigma, referentes ao enfrentamento do abuso sexual.

A abordagem do abuso sexual baseado no paradigma da proteção integral implica ações interdisciplinares e em rede. Durante a graduação, a atuação interdisciplinar e em rede é uma idéia, uma teoria, que só se coloca em prática no campo de trabalho do profissional. Silva (2003) realça a necessidade de especificamente nos casos de abuso sexual, se aprender a atuar em conjunto, pensar junto e fazer junto, superando o isolamento e a fragmentação numa atitude dialógica. A autora ainda coloca a importância de integrar o ensino, a pesquisa e a extensão.

A universidade atualmente também atua em atividades de ensino e treinamento menos formalizadas e menos tradicionais como é o caso da formação contínua, da educação permanente e das reciclagens profissionais (MORAES, 1998). Hoje em dia, as portas da universidade estão abertas para uma comunidade mais ampla, como os egressos, profissionais de outras formações e até de outros níveis, como o nível médio e elementar. Oliveira (2003) atua em cursos para capacitação de equipes multiprofissionais, numa abordagem interdisciplinar. O autor faz o que poderíamos chamar de complementação ao que é oferecido na academia, buscando “(...) a partir da análise e problematização de práticas sociais em seu percurso, conjugar as dimensões teórica, técnica, ética e política dessas intervenções” (OLIVEIRA, 2003, p. 58).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) elaborou uma matriz pedagógica para formação em redes, intitulada Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência Doméstica e Sexual. O programa da referida matriz tem em seus módulos, blocos temáticos com conteúdos e informações estratégicas e prioritárias, como: leitura da violência; gênero e violência; rede de atenção integrada para mulheres em situação de violência doméstica e sexual; qualificação dos serviços de atendimento. A matriz é composta de quatro módulos para profissionais de saúde, da segurança pública, da justiça e da assistência social e educação. Cada módulo tem seu método, nos quais se percebem semelhanças, sendo comum a todos a utilização dos estudos de caso e das visitas técnicas aos serviços que integram a rede. A utilização de tais recursos demonstra a importância da abordagem ao tema a partir da realidade vivenciada pelos profissionais que assistem às vítimas.

Outro exemplo de aprendizado a partir da realidade é o curso oferecido pelo Centro de Combate à Violência Infantil (CECOVI) (UNICEF, 2004), Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. O módulo 3: Modalidade Abuso Sexual é permeado por relatos de casos e estratégias possíveis para o enfrentamento do problema, utilizando os recursos do Sistema de Garantia de Direitos.

Tais exemplos valorizam o cotidiano dos profissionais, que está repleto de casos que podem ser utilizados, se guardado o devido respeito à identidade da vítima, para o aprendizado do enfrentamento do abuso sexual, com vistas à saúde integral da criança e do adolescente.

O DSC B traz a IC Estruturação dos Serviços como sugestão para melhorar a atuação dos profissionais de saúde na temática do abuso sexual. Nesse DSC, estão presentes desde medidas de larga abrangência, como a criação de políticas de saúde, até o desenvolvimento de ações práticas a serem executadas pelos próprios profissionais.

A estruturação de serviços está contemplada no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (BRASIL, 2001c p. 35), nas metas relacionadas ao atendimento:

- Prover o atendimento multiprofissional especializado para crianças e adolescentes, seus familiares e autores de violência sexual.
- Criar espaços de acolhimento para as crianças e os adolescentes em situação de violência sexual, onde for necessário.

Os serviços de saúde têm-se esforçado para atender à demanda para estruturação de serviços para o atendimento a crianças e adolescentes vitimizados. Ferreira (2002) refere que as atividades do Ambulatório da Família no IPPMG foram iniciadas em atendimento à enorme demanda do hospital onde está situado. O serviço presta assistência multiprofissional, numa abordagem interdisciplinar e em rede, através de parcerias diversas. A mesma autora faz referência ao Núcleo de Apoio ao Profissional na Assistência às Vítimas de Violência (NAP), pertencente ao IFF. O NAP foi estruturado com o objetivo principal de apoiar os profissionais, oferecendo suporte através de capacitações e consultas.

Os sujeitos demonstram a percepção do trabalho em rede como componente da estruturação do serviço para o atendimento às vítimas de violência. Fűrniiss (1993) afirma que a atuação do profissional isolado de serviços envolvidos na proteção e na responsabilização, freqüentemente, resulta em dano secundário para a vítima. Por isso, o Plano Nacional determina, entre suas metas para o atendimento, “criar e articular uma rede de serviços, em todos os municípios, destinada ao atendimento das pessoas vitimizadas em situações de violência sexual” (BRASIL, 2001c, p. 35).

A complexidade do abuso sexual requer que ações articuladas sejam realizadas de modo integrado, por uma rede de serviços dos vários setores envolvidos na proteção à criança e ao adolescente e na responsabilização do agressor. O atendimento em rede deve contemplar as necessidades de saúde da vítima, apoiar os familiares, incluindo o

agressor, sem negligenciar o aspecto criminal do abuso (DESLANDES, 1999; FERREIRA et al., 1999; FERREIRA, 2005).

Explicando a rede de proteção, Oliveira et al. (2004, p. 144) afirma que:

(...) não é um novo serviço, ou uma nova obra, mas sim uma concepção de trabalho que dá ênfase à ação integrada e intersetorial, envolvendo todas as instituições que desenvolvem atividades com crianças, adolescentes e suas famílias, destacando-se as escolas, creches, unidades de saúde, hospitais, programas de contra-turno escolar, dentre outros.

As autoras entendem que o espectro inicial de instituições pode ser ampliado, na medida em que novas parcerias sejam agregadas. A rede pressupõe a participação de entidades governamentais e não governamentais e da própria comunidade. Na rede, cada partícipe tem o seu papel. Atuar em rede implica mudança de postura e prática de trabalho e essa mudança pressupõe a possibilidade de os profissionais compartilharem os problemas e dificuldades do atendimento, como também os sucessos e insucessos obtidos em cada tentativa de proteger uma criança ou um adolescente em situação de abuso sexual.

# Considerações Finais

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No atendimento à criança e ao adolescente em situação de abuso sexual, os profissionais de saúde precisam atuar com um conjunto de recursos instrumental e teórico que estão além do que os cursos de graduação oferecem atualmente.

A partir do questionamento de como os profissionais dos serviços de saúde atuam frente aos casos de abuso sexual, buscou-se analisar as ações desenvolvidas no atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual, sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

As Representações Sociais, teoria utilizada neste estudo, foram necessárias para proporcionar a compreensão do conhecimento social, que guia as práticas dos sujeitos, ou seja, o conhecimento no qual se baseiam para interpretar seus problemas e justificar suas práticas. Os Discursos do Sujeito Coletivo, estratégia metodológica utilizada, revelam a ênfase na questão do conhecimento, dado o envolvimento dos sujeitos com o tema, ou seja, suas vivências como técnicos.

A análise da percepção das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde no atendimento a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual permitiu identificar lacunas na prática profissional. A percepção dos sujeitos estudados mostrou limites profissionais e institucionais da atuação na temática, embora tenha havido avanço nos últimos anos. O despreparo identificado neste estudo, que pode comprometer a identificação dos casos e o atendimento adequado, deve-se às dificuldades inerentes ao tema, que envolve tanto aspectos afetivos, éticos e morais, quanto a falta de capacitação dos profissionais e a insuficiente estrutura do serviço.

Realizar a pesquisa buscando conhecer o problema sob a ótica dos sujeitos permitiu identificar também o sentimento dos profissionais e o sofrimento dos mesmos ao entrarem em contato com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

O serviço onde a pesquisa foi realizada implementou parcialmente ações das políticas de enfrentamento do abuso sexual de crianças e adolescentes, já que ainda não existem normas e rotinas, ou uma rede de assistência com a qual os profissionais possam contar para assistência às vítimas.

Constatou-se que os sujeitos entendem o abuso sexual como uma violação, uma experiência de sofrimento para a criança, que se apresenta de várias formas. A identificação do abuso se dá através dos sinais e sintomas específicos e inespecíficos, da suspeita a partir do comportamento da criança, da investigação para comprovação material e do relato da criança. As condutas, após a investigação, são: encaminhamentos dentro da instituição; notificação ao Conselho Tutelar; prevenção e tratamento dos agravos resultantes do abuso e o cuidado à criança e ao adolescente. A existência de uma rotina própria é percebida por alguns através da atuação da Comissão de Prevenção aos Maus-tratos, enquanto outros percebem a existência de uma rotina no hospital em geral e outros afirmam não existir uma rotina. O envolvimento das categorias é

percebido a partir da atuação na Comissão. Alguns sujeitos não sabem como sua categoria está envolvida, enquanto outros entendem que não há envolvimento, por não haver uma rotina própria. A estratégia para qualificação dos profissionais adotada pela instituição é considerada como atividades regulares, atividades esporádicas ou inexistentes. O atendimento no serviço e na rede de saúde é visto como possível a partir dos recursos já existentes no serviço, possível a partir da atuação da Comissão e difícil, devido ao descrédito na rede de assistência. As dificuldades identificadas para o atendimento são a falta de preparo do profissional, o emocional, a omissão da família e a insuficiente estrutura do serviço. As sugestões para melhorar a atuação dos profissionais no tema são a capacitação dos profissionais e a estruturação do serviço.

Na visão dos profissionais do serviço onde ocorreu o estudo, para a melhoria do atendimento é necessária capacitação dos profissionais, estruturação dos serviços, para atendimento em rede. São sugestões que abrangem o problema de modo genérico e requerem um detalhamento. É nesse sentido que apresentamos as sugestões a seguir, algumas surgidas nos discursos elaborados pelos sujeitos:

a. Sugestões voltadas para a capacitação dos profissionais:

- realizar cursos de capacitação com turmas multiprofissionais, assim como as atividades que se seguem;
- utilizar o método da problematização para as capacitações;
- treinar a equipe do serviço em técnicas para entrevistar as vítimas;
- realizar atividades regulares no serviço, como discussão de casos clínicos com profissionais das várias categorias;
- incentivar a publicação de estudos sobre o tema, considerando que se trata de hospital-escola e possui vários profissionais com titulação em nível de mestrado e doutorado. Estimular a realização dos estudos por grupos multiprofissionais;
- promover eventos nos moldes do que já foi realizado pela Comissão, na ocasião de sua formação. Nesses ocasiões poderiam ser discutidos temas relacionados às várias formas de violência contra crianças e adolescentes, com vistas à troca de experiências e planejamentos de ações conjuntas.
- avaliar regularmente as ações para as capacitações.

b. Propostas voltadas para a estruturação dos serviços:

- fortalecer a Comissão de Prevenção aos Maus-tratos;
- elaborar normas e rotinas para o atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual. As normas e rotinas devem ser elaboradas contemplando o âmbito de cada categoria bem como a assistência interdisciplinar;
- definir fluxos internos e externos para encaminhamento das vítimas;
- determinar procedimentos mínimos a serem realizados em todos os casos suspeitos ou confirmados;
- definir critérios para internar ou manter hospitalizada a criança em situação de abuso sexual;
- estabelecer parcerias, buscando conhecer novos serviços que atendam às necessidades da clientela;
- adotar sistema de referência e contra-referência;
- sistematizar o registro de dados nos prontuários, objetivando esclarecer prováveis consultas demandadas pelos operadores do direito;
- revisar ficha de notificação, com vistas à adequação ao modelo adotado pelo Ministério da Saúde;
- criar um banco de dados a partir da documentação produzida nos atendimentos;
- realizar avaliação quantitativa e qualitativa periódica do serviço, em relação à atuação no atendimento à criança em situação de abuso sexual;
- aumentar o número de psicólogas no serviço, para atendimento às crianças e adolescentes vítimas das várias formas de violência, incluindo o abuso sexual.

Pelo exposto, fica claro que os sujeitos percebem várias das suas possibilidades e limites e ainda que o serviço pesquisado tem virtudes que revelam seu grande potencial para o atendimento eficiente e eficaz aos casos de abuso sexual. O serviço é organizado, já oferece um atendimento de boa qualidade, a Comissão é atuante, alguns profissionais, se bem que a minoria, já teve contato com o tema através de eventos diversos.

A organização de uma rede interna, com definição de normas e rotinas e a implantação de outras propostas, torna possível à instituição compor as redes setorial e intersectorial e contribuir com a melhoria da qualidade da assistência às crianças e adolescentes vitimizadas.

Espera-se com este trabalho contribuir para o aumento da visibilidade da complexidade do atendimento aos casos de abuso sexual e auxiliar os profissionais do serviço a melhorar a assistência prestada, aproximando-a dos mais elevados padrões de qualidade descritos na literatura. Entendemos como possível, a replicação desse estudo em outros serviços e em outros estados ou municípios. Entendemos ser dever ético do pesquisador, disponibilizar informações, principalmente aquelas produzidas com recursos públicos, para que sejam utilizadas na ação transformadora das práticas nos serviços de saúde.

## ***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

ALARCÃO, I.; RUA, M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 373-382, jul./set. 2005.

ALBERTON, M. S. O papel dos Conselhos Tutelares. In: ASSOCIAÇÃO DE APOIO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE (AMENCAR) (Org.). **Violência doméstica**. Porto Alegre: Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1999 p. 23-31.

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 4, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn302pennaetal.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2006.

AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 maio 2006.

AMERICAN PROFESSIONAL SOCIETY ON THE ABUSE CHILDREN (APSAC). Child Maltreatmen. [on line]. Disponível em: <<http://www.apsac.org>>. Acesso: 08 jun. 2006.

ARAÚJO, M. de F. Violência e abuso sexual na família. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 3-11, jul./dez. 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Maus-tratos contra crianças e adolescentes**: guia de orientação para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 2000.

AYRES, J. R. C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 15-29, 2004.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. **Crianças vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 373-82, jul./set. 2005.

BARROS, A. de J. P. de; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, DF, 2001d.

\_\_\_\_\_. Parecer CNE/CES nº 072, de 20 de fevereiro de 2002. Retifica o parecer CNE/CES de 1.314/2001 relativo às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em psicologia. Brasília, DF, 2002c.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CES 15, de 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2002d. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil**. Brasília, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº737, de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001a. Seção 1E, nº 96.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei 8.069. Recife: CEDECA, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviços. Brasília, 2002a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Anticoncepção de emergência**. Brasília, 2005c.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao abortamento**. Brasília, 2005d.

\_\_\_\_\_. **Atenção integral para mulheres em situação de violência doméstica e sexual**. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2006a. 52 p.

\_\_\_\_\_. Área Técnica de Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ficha de**

**notificação/investigação individual:** violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais. Brasília, 2006c.

BRAUN, S. **A violência sexual infantil na família:** do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre: AGE, 2002.

BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M. T.; MENDONÇA, R. de C. V.; BARISON, S. Z. P.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143-149, jan./mar. 2005.

BUENO, F. S. (Org.). **Dicionário escolar da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura/Fundação Nacional de Material Escolar, 1980.

BUS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMINHA, R. M. A violência e seus danos à criança e ao adolescente. In: ASSOCIAÇÃO DE APOIO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE (AMENCAR) (Org.). **Violência Doméstica**. Porto Alegre: Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1999. p. 43-60.

CARVALHO, D. V. Intervenção em rede: possibilidades e limites. In: OLIVEIRA, A. C. **Abuso sexual de crianças e adolescentes: desafios na qualificação profissional**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003.

CEARÁ. Programa SOS Criança. **Relatório anual de atendimentos**. Fortaleza, 2005.

CEARÁ. Governo do Estado. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano estadual de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Fortaleza, 2002.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Protocolo de atenção a pessoas em situação de violência**. Fortaleza, 2004.

CENTRO DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO CEARÁ (CEDECA). **Dados do Sistema Nacional de combate á exploração sexual infanto-juvenil:** fev. 1997- maio 2001. Fortaleza, 2005.

CHIRELLI, M. Q.; MISHIMA, S. M. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, FANEMA. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 574-584, set./out. 2003.

CIANCIARULLO, T. I. (Org). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.

COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P.; KNUDSEN, K. Treating sexually abuse: 1 year follow-up a randomized controlled trial. **Child Abuse & Neglect**, v. 29, p. 135-145, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). Pastoral da Criança. **A paz começa em casa**: como trabalhar as relações humanas para prevenir a violência contra a criança no ambiente familiar. Curitiba, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de ética de enfermagem**. [S. l., 1988]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 8 jun. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de ética médica**. [S.l., 1988]. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/>>. Acesso em: 8 jun. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de ética de psicologia**. [S.l., 1987]. Disponível em: <<http://www.pol.org.br/>>. Acesso em: 8 jun. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFSS). **Código de ética de serviço social**. Brasília, 1993. Disponível em: <<http://www.cfss.org.br/>>. Acesso em: 8 jun. 2006.

CURITIBA. Secretaria da Saúde do Município. **Atenção à mulher vítima de violência**. Curitiba, 2004.

DEBLINGER, E.; STAUFFER, L. B.; STEER, R. A. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their non offending mothers. **Child Maltreat.**, v. 6, n. 4, p. 332-343, nov. 2001.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, suppl. 1, p. 177-187, 1994.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Atuação dos serviços de saúde: dois modelos como inspiração. In: LIMA, C. A. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, D. (Org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

DUBOW, S. R.; GIARDINO, A. P.; CHRISTIAN, C. W.; JOHNSON, C. F. Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal female genital anatomy: a national survey. **Child Abuse & Neglect.**, v. 29, p. 195, 2004.

FALEIROS, E. T. S. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: UNICEF, 2000.

FALEIROS, E. T. S.; FALEIROS, V. P. (Coord.). **Circuitos e curtos-circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Veras, 2001.

FALEIROS, E. T. S. Aspectos relevantes na definição de abuso sexual. In: OLIVEIRA, A. C. de. **Abuso sexual de crianças e adolescentes: desafios na qualificação profissional**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003.

FALEIROS, V. P. Redes de exploração e abuso sexual e redes de proteção. In: SILVA, L. P.; STANISCI, S. A. (Org.). **Para combater a violência: o papel da família e da assistência social na ação junto a crianças e adolescentes**. Brasília: MPAS/SEAS; São Paulo: FUNDAP, 2000.

FERRARI, D. C. A. Atendimento psicológico a casos de violência intrafamiliar. In: FERRARI, C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, dez. 2000.

FERREIRA, A. L. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público.** 2002. Tese (Doutorado)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **J. Pediatr. (Rio de J.)**, v. 81, n. 5, supl., p. S173-S180, nov. 2005.

FERREIRA, A. L.; GONÇALVES, H. S.; MARQUES, M. J. V.; MORAES, S. R. S. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999.

FISCELLA, K.; KITZMAN, H. J.; COLE, R. E.; SIDORA, K. J. Does child abuse predict adolescent pregnancy? **Pediatrics**, v. 101, n. 4, p. 620-625, Apr. 1998.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Educação e Assistência Social. Coordenadoria de políticas públicas de Assistência Social. **Plano municipal de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes (versão preliminar).** Fortaleza, 2005.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979.

FUNDAÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA CIDADÃ; PROJETO SENTINELA. **Estatística mensal de notificações.** Fortaleza, 2005.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor.** São Paulo: Cortez, 2002.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Pesquisa sobre abuso sexual de crianças e adolescentes no estado do Ceará: relatório final.** Fortaleza, 2004.

FÜRNIS, T. **Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual.** 2. ed. São Paulo Summus, 1997.

GARCIA, M. R. C. Teorias e técnicas do atendimento social em casos de violência intrafamiliar na infância e na adolescência. In: FERRARI, C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática.** São Paulo: Summus, 2002.

GOMES, R.; JUNQUEIRA, M. F. P. da S.; SILVA, C. O.; JUNGER, W. L. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002.

HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes**: conceituação e intervenção clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H.; AZEVEDO, G. A.; MACHADO, P.X. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psic.: Teor. Pesq.**, v. 21 n. 3, p. 341-348, set./dez. 2005.

HOBBINS, D. Survivors of childhood sexual abuse: implications for perinatal nursing care.

**J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 33, n. 4, p. 485-497, July/Aug. 2004.

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN (HIAS). Portaria nº 10, de 28 de agosto de 1995. Institui uma Comissão para identificação e prevenção de maus tratos à criança e ao adolescente. Fortaleza, 1995.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2005.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos) 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005a.

LOPES, I. M. R. S.; GOMES, K. R. O.; SILVA, B. B.; DEUS, M. C. B. R.; GALVÃO, E. R. C. G. N.; BORBA, D. C. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Terezina, PI. **Rev. Bras. Ginecol. Obst.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 111-116, mar. 2004.

LÜCK, H. **Pedagogia interdisciplinar**: fundamentos teórico-metodológicos. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MARQUES, M. A. B. Intervenção em rede: possibilidades e limites. In: OLIVEIRA, A. C. de. **Abuso sexual de crianças e adolescentes: desafios na qualificação profissional**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 2. ed. São Paulo: Morais, 1994.

MATHEWS, B.; WALSH, K.; FRASER, J. A. Mandatory reporting by nurses of child abuse and neglect. **J. Law Med.**, v. 13, n. 4, p. 505-517, May 2006.

MATOS, G. O. Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento. In: FERRARI, C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2002.

MENDONÇA, V. N. T. O mau-trato infantil e o Estatuto da Criança e o Adolescente: os caminhos da prevenção, da proteção e da responsabilização. In: SILVA, L. M. P. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MIRANDA, A. B. B. B. de. **Chapeuzinho vermelho e o lobo mau: a infância abusada na mira do caçador**. 2002. 116 f. Dissertação (Mestrado)–Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MIYAHARA, R. P. Oficinas com crianças e adolescentes: uma experiência psicodramática na prevenção à violência intrafamiliar. In: FERRARI, C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2002.

MORAES, R. C. C. Universidade hoje: ensino, pesquisa, extensão. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 63, ago. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 maio 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviço de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, jul./ago. 2005.

NATHANSON, M. A hospitalização das crianças vítimas de abusos sexuais. In: GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997.

OLIVEIRA, D. C.; SIQUEIRA, A. A. F. S.; ALVARENGA, A. T. Representações sociais e saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

OLIVEIRA, A. C. Qualificação no processo de intervenção e atendimento. In: OLIVEIRA, A. C. de. **Abuso sexual de crianças e adolescentes: desafios na qualificação profissional**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003.

OLIVEIRA, E. N. (Coord.). **Projeto político pedagógico dos cursos de graduação em enfermagem do estado do Ceará**: analisando a abordagem da violência e suas implicações para saúde pública. Sobral: Universidade Estadual do Vale do Acaraú/Centro de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem, 2005. 25 f.

OLIVEIRA, V. L. A. de. **A violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Curitiba**. 2006. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, V. L. A. de; PHEIFFER, L.; RIBEIRO, C. R.; GONÇALVES, M. T.; RUY, I. A. E. Redes de proteção: novo paradigma de atuação: experiência de Curitiba. In: LIMA, C. A. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PADILHA, M. G. S.; GOMIDE, P. I. C. Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 9, n. 1, p. 53-61, jan./abr. 2004.

PAULA, F. J. Aspectos jurídicos da definição de abuso sexual. In: OLIVEIRA, A. C. de. **Abuso sexual de crianças e adolescentes: desafios na qualificação profissional**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003.

PHEIFFER, L.; SAVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediatr (Rio J.)**, v. 81, n. 5, supl, p. s197-s204, nov. 2005.

PINTO, A. L. T.; WINDT, M. C. V.; SIQUEIRA, L. E. A. **Código penal**. 39. ed São Paulo: Saraiva, 2001.

PIRES, J. M.; GOLDANI, M. Z.; VIEIRA, E. M.; NAVA, T. R.; FELDENS, L.; CASTILHOS, K.; SIMAS, V.; FRANZON, N. S. Barreiras, para notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, jan./ mar. 2005.

RABAÇA, C. A.; BARBOSA, G. G. **Dicionário de comunicação**. São Paulo: Ática, 1998.

REIS, J. N.; MARTIN, C. C. S.; BUENO, S. M. V. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 13 n. 4 p. 40-45, 2001.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, mar./abr. 2004.

ROBERTS, R.; O'CONNOR, T.; DUNN, J.; GOLDIN, J. The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. **Child Abuse & neglect.**, v. 28, p. 525-45, 2004.

ROCHA, R. Promovendo intervenções qualificadas: desafios na formação profissional. In OLIVEIRA, A. C. de. **Abuso sexual de crianças e adolescentes: desafios na qualificação profissional**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003.

ROQUE, E. S. T.; FERRIANI, M. G. C. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis, SP. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 334-344, maio/jun. 2002.

SADIGURSKY, C. A. **Vitimização sexual em crianças e adolescentes: os profissionais de saúde e os aspectos legais**. Salvador: EDUFBA, 1999.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo, 2002.

SCODELARIO, A. S. A família abusiva. In: FERRARI, C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2002.

SILVA, I. L. R. Desafios na formação acadêmica. In: OLIVEIRA, A. C. de. **Abuso sexual de crianças e adolescentes: desafios na qualificação profissional**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003.

SILVA, L. M. P. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002.

SILVA, M. C. M.; SILVA, L. M. P. **Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência**: abordagem interdisciplinar. Recife: EDUPE, 2003.

SILVA, B. (coord.) Dicionário de Ciências Sociais. Fundação Getúlio Vargas, Instituto de documentação. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1986.

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; ALZUGUIR, F. C. V. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 2, p. 105-116, maio/ago. 2002.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

TEARE, C.; ENGLISH, A. Nursing practice and statutory rape. Effects of reporting and enforcement on access to care for adolescents. **Nurs. Clin. North Am.**, v. 37, n. 3, p. 393-404, Sept. 2002.

THOUVENIN, C. A palavra da criança: do íntimo ao social. Problema do testemunho e da retratação. In: GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Laboratório da Criança (LACRI). Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes: a ponta do iceberg. Disponível em: < <http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/iceberg.htm>>. Acesso em: 1 dez. 2005.

VERGUER, T.; FAWCETT, G.; VERNON, R.; PICK, S. **Violência doméstica**: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. México, DF: Population Council, 1998. (Documentos de Trabajo, n. 24).

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

WARD, M. G.; BENNETT, S.; PLINT, A. C.; KING, W. J.; JABBOUR, M.; GABOURY, I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. **Child Abuse Negl.**, v. 28, n. 10, p. 1113-1122, Oct. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.** Geneve, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programs. Geneve, 2004.

# **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A OFÍCIO AO COMEPE**

Fortaleza, 10 de Janeiro de 2006

**Ofício:** S/N

**De:** Lygia Maria Pereira da Silva (pesquisadora)

**Aos:** Ilmos. Srs. Membros do Comitê de Ética e Pesquisa (COMPEPE).

**Assunto:** Solicitação de análise de projeto de pesquisa

Ilmos. Srs.

Através deste solicito a essa ilustre comissão a avaliação do projeto **Atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual em um serviço de saúde**, tendo como pesquisadora responsável, a mestranda Lygia Maria Pereira da Silva, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Ceará.

Na oportunidade, desde já agradeço a atenção.

---

Lygia Maria Pereira da Silva

## **APÊNDICE B**

### **TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, **Lygia Maria Pereira da Silva**, aluna regular do curso de Mestrado da Universidade Federal do Ceará, RG: 2.120.883, CPF: 279884654-49, pesquisadora do projeto de pesquisa: **Atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso**

**sexual em um serviço de saúde**, comprometo-me a desenvolver a pesquisa supracitada conforme as diretrizes e normas regulamentadas pela pesquisa envolvendo seres humanos da RESOLUÇÃO No. 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde e de acordo com a Declaração de Helsinki (1965) e as revisões de Tokyo (1975) e Venice (1983).

Fortaleza, 10 de Janeiro de 2006

---

Lygia Maria Pereira da Silva

### **APÊNDICE C**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, Lygia Maria Pereira da Silva, enfermeira, aluna do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará - Mestrado, RG: 2.120.883, CPF: 279884654-49, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa: **Atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual em um serviço de saúde**, venho por meio deste apresentar os objetivos, justificativas e vantagens do estudo.

A violência contra crianças se revela problema de saúde pública de difícil enfrentamento. Na abordagem dos casos de abuso sexual percebem-se dificuldades adicionais, se comparamos a outras formas de violência. Estamos pesquisando sobre como são realizados os **atendimentos a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual**, tendo por objetivo: Analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde no atendimento a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual.

Pretendemos conhecer as lacunas na prática do profissional de saúde que atua nos serviços, com vistas a propor melhorias para o cuidado às crianças e adolescentes em situação de abuso sexual.

Para efetivação desta investigação, solicitamos sua participação, assegurando-lhe:

1. Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, sem que isso traga prejuízo à sua atuação na instituição.
3. Será mantida a privacidade quanto à identidade dos sujeitos da pesquisa.

---

#### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO (A)

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto a minha participação na pesquisa intitulada **Atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual em um serviço de saúde.**

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Certa de sua atenção agradeço pela disponibilidade em colaborar e me coloco a disposição para qualquer esclarecimento no endereço abaixo.

Pesquisadora: Lygia Maria Pereira da Silva

Fone: (085) 3223-0673

E-mail: [lygiapera@yahoo.com.br](mailto:lygiapera@yahoo.com.br)

Endereço: Av 13 de Maio, 2400, ap. 303

Benfica – Fortaleza – Ceará

\* Para maiores informações, entre em contato com o Comitê de Ética (COMPEPE) pelo fone: (085) 3101 4212.

#### APÊNDICE E

#### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PROJETO DE DISSERTAÇÃO: ATENDIMENTO A CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE ABUSO SEXUAL EM UM SERVIÇO DE SAÚDE.**

Prezado (a) Senhor (a), o propósito desse estudo é analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde no atendimento a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual.

Consideramos que sua participação é muito importante para este processo de investigação e por isso somos gratas por sua franca colaboração.

### 1) Caracterização dos sujeitos

Sexo: M( ) F( ) Idade: \_\_\_anos

Categoria profissional:

Assistente Social ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a) ( ) Psicólogo(a) ( )

Pós-graduação: Especialização ( ) Residência ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Tempo de exercício da profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação nessa instituição: \_\_\_\_\_

No seu curso de graduação o tema violência contra crianças e adolescentes foi abordado?

O Sr (a) já participou de algum treinamento para o atendimento à crianças e adolescentes em situação de violência? ( ) Sim ( ) Não Qual a carga horária? \_\_\_\_\_

O (A) Sr (a) já atendeu nessa instituição, algum caso de abuso sexual de criança e/ou adolescente? Sim ( ) Não ( )

### 2) Roteiro de investigação

- O que é abuso sexual para você?
- Como você identifica um caso de abuso sexual? Quais os passos que você adota para investigar (investigação diagnóstica)?
- Quais são suas condutas após a identificação?
- Existe uma rotina estabelecida para o atendimento a crianças vitimizadas no serviço? Como é essa rotina?
- Qual o envolvimento da sua categoria profissional com a rotina para enfrentamento do abuso sexual?
- Qual a estratégia para qualificação dos profissionais para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, adotada pela instituição?

- Quais as possibilidades que você percebe para o atendimento da criança sexualmente vitimizada: no serviço onde você atua e na rede de saúde?
- Quais as suas dificuldades para o atendimento da criança sexualmente vitimizada?
- Sugestões para melhorar a atuação dos profissionais de saúde na temática

# **ANEXO**

## **ANEXO A**

### **PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

Of. Nº 16 /06

Fortaleza, 14 de fevereiro de 2006

**Registro no CEP: 01 /06**

**Data da Aprovação: 13/02/06**

**Pesquisador responsável: Lygia Maria Pereira da Silva**

**Instituição / Serviço: Hospital Infantil Albert Sabin**

**Título do Projeto:** “Atendimento a criança e adolescentes em situação de abuso sexual em um serviço de saúde”.

Levamos ao conhecimento de V. S<sup>a</sup>, que o **Comitê de Ética em Pesquisa – COMEPE**, do Hospital Infantil Albert Sabin – Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial da União em 16 de outubro de 1996, aprovou o projeto supra citado.



Dra. Ana Lúcia de Almeida Ramalho  
Coord<sup>a</sup>. do Comitê de Ética em Pesquisa