



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE

PROGRAMA PONTO DE LUZ E O ATENDIMENTO A CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM ESTUDO
AVALIATIVO NO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE
FORTALEZA-CEARÁ

FORTALEZA

2025

VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE

PROGRAMA PONTO DE LUZ E O ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM ESTUDO AVALIATIVO NO HOSPITAL
PEDIÁTRICO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE FORTALEZA-CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas

Orientadora: Profa. Dra. Lidianne Moura Lopes

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A314p Albuquerque, Vanessa Kelly de Oliveira.
Programa Ponto de Luz e o Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual : um estudo avaliativo no hospital pediátrico de referência da cidade de Fortaleza-Ceará / Vanessa Kelly de Oliveira Albuquerque. – 2025.
116 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Lidianne Moura Lopes.

1. Violência sexual. 2. Criança e Adolescente. 3. Humanização. 4. Revitimização. 5. Estudo de Avaliação do Programa Ponto de Luz. I. Título.

CDD 320.6

VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE

PROGRAMA PONTO DE LUZ E O ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM ESTUDO AVALIATIVO NO HOSPITAL
PEDIÁTRICO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE FORTALEZA-CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas

Aprovada em: 28 / 04 / 2025

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lidiane Moura Lopes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Lucelindo Dias Ferreira Júnior (Avaliador interno)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Flávio Maria Leite Pinheiro (Avaliador externo)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Ao meu bom Deus que me fortalece todas as vezes que preciso, aos meus pais, Stênio e Maria Carminda, e aos meus filhos, Igor e Celina, que sempre torceram por mim nessa caminhada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom Deus por todas as vezes que me amparou em meio às dificuldades vividas, sendo meu consolo e minha força pra prosseguir com fé e esperança na minha existência humana.

Aos meus pais, Stênio e Maria Carminda, que sempre tiveram orgulho de mim e mesmo com os poucos recursos que tinham me propiciaram condições de estudar e de crescer na minha vida profissional.

Aos meus amados filhos, Igor e Celina, que me tornaram a mulher e mãe forte e resiliente que sou hoje. Serei sempre colo para vocês e por vocês eu enfrento o mundo.

Aos professores do Mestrado Profissional de Avaliação de Políticas Públicas (MAPP/UFC) e aos colegas de turma por todo o ensinamento compartilhado nesse período acadêmico.

Às coordenações imediatas dos meus trabalhos que foram flexíveis com meus horários de saída dos plantões para que eu pudesse assistir às aulas e participar das atividades acadêmicas.

À minha orientadora, Profa. Dra. Lidiane Moura Lopes, por todo o conhecimento, reflexões e sugestões compartilhados para a concretização deste estudo. Obrigada também por sua gentileza e empatia diante dos momentos difíceis que vivi durante esse período.

Aos demais membros da banca examinadora pelas sugestões valiosas que permitiram o aperfeiçoamento desta pesquisa.

Ao amigo e colega de profissão, Daniel Viana, por toda ajuda e orientações para submissão deste estudo a Plataforma Brasil e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin por todas as orientações que possibilitaram a aprovação da realização desta pesquisa.

À amiga Lorena Loiola e demais membros da equipe do ambulatório do Hospital Infantil Albert Sabin pela acolhida e ajuda na viabilização das entrevistas das famílias de crianças e adolescentes pelo Programa Ponto de Luz.

À colega de profissão Ana Paula Girão Lessa por ter prontamente disponibilizado os dados compilados do Monitoramento de Violações de Direitos do Hospital Infantil Albert Sabin que foram primordiais para a avaliação do Programa Ponto de Luz.

Às famílias de crianças e adolescentes do Programa Ponto de Luz do Hospital Infantil Albert Sabin que mesmo diante de uma situação tão difícil de ser vivenciada aceitaram participar desta pesquisa e contribuir com a avaliação deste programa institucional.

À minha coragem de enfrentar esse desafio de retornar à vida acadêmica depois de tantos anos e de não desistir mesmo nos momentos difíceis, dos não recebidos e do pouco tempo de estudo para conciliar com a vida de profissional da saúde e da maternidade.

A todas as crianças e adolescentes que tiveram seus corpos violentados e suas vidas ressignificadas depois desses atos perversos. “Quando o sol bater na janela do teu quarto, lembra e vê que o caminho é um só, por que esperar se podemos começar tudo de novo? Agora mesmo, a humanidade é desumana, mas ainda temos chance, o sol nasce pra todos, só não sabe quem não quer (...) tudo é dor e toda dor vem dor desejo de não sentirmos dor (...) quando o sol bater na janela do teu quarto lembra e vê que o caminho é um só.” (Legião Urbana – Quando o sol bater na janela do seu quarto)

RESUMO

No contexto histórico brasileiro a violência sexual contra crianças e adolescentes têm apontado para a necessidade de instituições, programas, serviços e toda uma rede cada vez mais integrada e especializada de atendimento a essas vítimas. Na área da saúde e mais especificamente no contexto hospitalar, esse atendimento especializado para acolhimento diante de casos suspeitos ou confirmados de violência sexual é crucial para o processo de superação dos eventos traumáticos resultantes desse fenômeno. Ao desvelar essa perspectiva de pensamento emergiu diante deste estudo o interesse de abordar um determinado serviço hospitalar cearense, referência nesse tipo de atendimento. Isto posto, o objetivo dessa pesquisa foi o de avaliar se o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin propicia um atendimento humanizado de saúde a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual sob o olhar de suas famílias. A metodologia contemplou uma natureza qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, com a coleta de dados a partir de pesquisa documental e entrevista semiestruturada. Foi realizada uma avaliação na perspectiva da avaliação em profundidade. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo. O estudo analisou e avaliou o conteúdo e o contexto de formulação do Programa Ponto de Luz e apontou que na perspectiva das famílias entrevistadas na maioria das vezes o atendimento multiprofissional de saúde ofertado propiciou um acolhimento humanizado com diversas práticas de humanização baseadas na subjetividade e no contexto histórico e sociocultural das famílias, sendo também apontada a existência de alguns aspectos da violência institucional geradora da revitimização, que precisam ser repensadas na perspectiva de enfrentamento e superação dessa violência institucional no âmbito hospitalar. Diante do estudo final conclusivo busca-se uma contribuição significativa tanto para a disseminação da temática de modo a contribuir com o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, como a ter um panorama de avaliação das ações do programa dentro da instituição e do atendimento dos profissionais envolvidos a partir da percepção dos familiares deste público, corroborando assim para o fortalecimento da Rede Pontos de Luz, enquanto referência estadual de atenção à saúde no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, previsto como eixo componente da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência do Estado do Ceará.

Palavras-chave: violência sexual; criança e adolescente; humanização; revitimização; estudo de avaliação do Programa Ponto de Luz.

ABSTRACT

In the historical context of Brazil, sexual violence against children and adolescents has highlighted the need for institutions, programs, services, and an increasingly integrated and specialized care network for these victims. In the health area, and more specifically in the hospital context, this specialized care for suspected or confirmed cases of sexual violence is crucial to the process of overcoming the traumatic events resulting from this phenomenon. By revealing this perspective of thought, this study emerged with the interest of addressing a specific hospital service in Ceará, a reference in this type of care. Therefore, the objective of this research was to evaluate whether the Ponto de Luz Program at the Albert Sabin Children's Hospital provides humanized health care to children and adolescents who are victims of sexual violence from the perspective of their families. The methodology included a qualitative, descriptive and exploratory nature, with data collection based on documentary research and semi-structured interviews. An evaluation was carried out from the perspective of in-depth assessment. The data were analyzed based on content analysis. The study analyzed and evaluated the content and context of the formulation of the Ponto de Luz Program and indicated that, from the perspective of the families interviewed, the multidisciplinary health care provided in most cases provided a humanized welcome with several humanization practices based on the subjectivity and historical and sociocultural context of the families. It also pointed out the existence of some aspects of institutional violence that generate revictimization, which need to be reconsidered from the perspective of confronting and overcoming this institutional violence in the hospital environment. In view of the final conclusive study, the aim is to make a significant contribution both to the dissemination of the theme in order to contribute to the confrontation of sexual violence against children and adolescents, and to have an overview of the evaluation of the actions of the program within the institution and the care of the professionals involved based on the perception of the family members of this public, thus corroborating the strengthening of the Pontos de Luz Network, as a state reference for health care in the care of children and adolescents who are victims of sexual violence, foreseen as a component axis of the State Policy for the Care of People in Situations of Violence of the State of Ceará.

Keywords: sexual violence; children and adolescents; humanization; revictimization; evaluation study of the Ponto de Luz Program.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1–	Número de atendimentos do Programa Ponto de Luz no Período de 2021-2024.....	57
Gráfico 2–	Número de atendimentos do Programa Ponto de Luz por sexo.....	58
Gráfico 3–	Número de atendimentos do Programa Ponto de Luz por faixa etária.....	58
Gráfico 4–	Número de atendimentos do Programa Ponto de Luz por precedência.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Quantitativo de Violações de Direito a Dignidade Sexual no Município de Fortaleza no Período de 01/01 a 30/06/2024.....	43
Quadro 2 –	Equipamentos do Sistema de Garantia de Direitos que referenciaram crianças e adolescentes para o HIAS em 2024.....	60
Quadro 3 –	Profissional que preencheu a ficha de notificação do SINAN.....	61
Quadro 4 –	Vínculo/parentesco.....	72
Quadro 5 –	Perfil dos entrevistados.....	73
Quadro 6 –	Perfil dos entrevistados.....	74
Quadro 7 –	Ações a serem consideradas.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADS	Área Descentralizada de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNV	Comunicação não violenta
DECECA	Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GEESP	Gerência de Estatística e Geoprocessamento
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
PEFOCE	Perícia Forense do Estado de Ceará
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNBEM	Política Nacional de Bem-Estar do Menor
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar
SAM	Serviço de Assistência a Menores
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIP	Sistema de Informações Policiais
SIPIA	Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
SEFOR	Superintendência da Região de Fortaleza
SSPDS/CE	Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	CONSTRUÇÃO SOCIAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA, SISTEMA DE PROTEÇÃO INTEGRAL, VIOLÊNCIA SEXUAL E REVITIMIZAÇÃO.....	18
2.1	Percurso histórico da construção social da infância e da adolescência.....	18
2.2	Do código de menores ao sistema de proteção integral.....	22
2.3	Violência sexual contra crianças e adolescentes.....	25
2.4	Revitimização de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.....	30
3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO E CUIDADO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DE SAÚDE.....	36
3.1	Panorama das políticas públicas de proteção e cuidado das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no Brasil.....	36
3.2	Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência do Estado do Ceará.....	42
3.3	A importância da humanização no atendimento de saúde das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.....	46
4	O ESTUDO AVALIATIVO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN.....	52
4.1	Contextualizando o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin.....	52
5	PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	63
5.1	A pesquisa avaliativa priorizada no estudo.....	63
5.2	Abordagem metodológica da pesquisa.....	65
5.3	Lócus da pesquisa.....	67
5.4	Participantes da pesquisa.....	68
5.5	Análise dos dados coletados.....	68

5.6	Instrumento de coleta de dados.....	69
5.7	Aspectos Éticos da pesquisa.....	70
6	ANÁLISE DO ATENDIMENTO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN SOB A PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS.....	72
6.1	Perfil sociodemográfico das famílias de crianças e adolescentes atendidos no Programa Ponto de Luz.....	72
6.2	Práticas de humanização sob o olhar das famílias entrevistadas.....	74
6.3	Aspectos da revitimização no atendimento multiprofissional de saúde.....	83
6.4	Principais conclusões após a avaliação das entrevistas e contribuições para o Programa Ponto de Luz.....	89
7	CONSIDERAÇÕES.....	91
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	103
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS.....	105
	ANEXO A - RESOLUÇÃO Nº 580, DE 22 DE MARÇO DE 2018.....	106
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	112

1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes, infelizmente, faz parte da trajetória da humanidade, situada em diferentes contextos de opressão, humilhação, abandono e exposição a condutas criminosas, perpetuando-se como uma forma de relacionamento disfuncional que varia de acordo com algumas sociedades, manifestando-se em expressões pseudoculturais, algumas encobertas sob o manto de falsas explicações. Dentre as diversas formas de violência contra crianças e adolescentes, destaca-se a violência sexual, em que meninos e meninas têm seus corpos violentados tendo que carregar dores e sofrimentos numa busca contínua de ressignificação desses sentimentos ao longo da vida.

Superar tal situação, sempre se mostrou um desafio, uma construção histórica que “desnaturaliza” a cultura “adultocêntrica”¹, dominadora e patriarcal da sociedade brasileira (Sanchez e Minayo, 2006). O reconhecimento social da violência contra crianças e adolescentes e a necessidade de proteção integral deste segmento está previsto no artigo 227 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), sendo posteriormente normatizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei 8.069/90, que reafirmou a necessidade da articulação da família, da sociedade e do Estado para a garantia dos direitos às crianças e aos adolescentes (Brasil, 1990).

Este estudo teve como objetivo avaliar o Programa Ponto de Luz implantado no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), no município de Fortaleza, estado do Ceará, que atua no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A investigação foi orientada pela percepção dos familiares das vítimas. Para tanto, foi analisado o conteúdo propositivo do programa e seu contexto de formulação e a identificação da percepção dos familiares em relação ao atendimento multiprofissional no Programa Ponto de Luz, sendo verificado que na maioria das vezes o atendimento multiprofissional assegurou um acolhimento humanizado, com diversas práticas de humanização apontadas, apesar de ainda existirem algumas situações de violência institucional, geradoras da revitimização de crianças, adolescentes e suas famílias, que precisam ser repensadas na perspectiva de enfrentamento e superação dessa violência institucional no âmbito hospitalar.

Tendo como panorama a complexidade de atenção especializada à violência sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias e a partir da necessidade de um

¹ O conceito de adultrocismo adotado baseia-se na concepção do estudo de Emanuel Bernardo Tenório Cavalcante, publicado na *Fronteiras: Revista de História* em 2021, que aponta como um processo que torna crianças e adolescentes invisíveis enquanto sujeitos históricos de lutas e transformações sociais, promovendo o apagamento das especificidades de suas vidas, concebendo-os como “protótipos de adultos” na perspectiva do que ainda virão ser (Cavalcante, 2021).

atendimento de saúde voltado para este segmento, estruturou-se em maio de 2021 o atendimento de emergência² do Programa Ponto de Luz a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, funcionando no Centro de Emergência Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), pertencente ao sistema público de saúde do Estado de Ceará, o qual compõe a Rede Pontos de Luz, prevista hoje na Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023).

O Hospital Infantil Albert Sabin pertence ao sistema público estadual de saúde, está situado na cidade de Fortaleza, é referência em pediatria para todo o Estado do Ceará, considerado de nível de complexidade terciária, sendo ainda reconhecido como instituição de ensino e pesquisa.

O atendimento de emergência do Programa Ponto de Luz no Centro de Emergência Pediátrico do Hospital Infantil Albert Sabin conta com equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, farmacêutico, e demais profissionais de saúde, protocolo de atendimento e prontuário com instrumentais específicos, tendo por finalidade realizar o acolhimento, atendimento humanizado, cuidados profiláticos, contracepção de emergência e tratamento para a violência sexual, notificação, orientações sobre a rede de segurança e proteção social, encaminhamento para acompanhamento nas unidades da rede de apoio e internação hospitalar, quando necessário.

Em março de 2022 foi iniciado o atendimento ambulatorial³ do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin a estas crianças e adolescentes, contando com médico pediatra, assistente social e psicólogo, tendo em vista dar prosseguimento ao plano terapêutico singular e encaminhamentos para Rede de Atenção à Saúde, para as outras políticas públicas setoriais e aos demais órgãos que compõem o sistema de garantia de direitos que se fizerem necessários.

No âmbito da política de saúde do Estado do Ceará, a Rede Pontos de Luz é gerida pela Superintendência Regional de Fortaleza (SRFOR), célula existente dentro da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), e se constituem como unidades de referência do serviço de saúde nas áreas descentralizadas em nível estadual, responsável pela organização do cuidado e articulação das ações a serem desencadeadas na perspectiva de superação da violência e na promoção da cultura de paz.

A relação da pesquisadora com o estudo justifica-se pelo fato de atuar como assistente social da equipe multiprofissional do Centro de Emergência Pediátrica do Hospital

² Dados institucionais do Hospital Infantil Albert Sabin.

³ Dados institucionais do Hospital Infantil Albert Sabin.

Infantil Albert Sabin, no qual funciona o Programa Ponto de Luz, referência estadual no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, atuando cotidianamente no atendimento a este segmento.

As múltiplas expressões da questão social constituem-se objeto de intervenção do Serviço Social em seu cotidiano profissional. Compreender o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes e as possíveis consequências para o desenvolvimento destes possibilita aos profissionais, que atuam no campo do Serviço Social do HIAS, o aprimoramento intelectual necessário para prestar um atendimento de qualidade aos usuários, ações que visem democratizar as informações, viabilizar o acesso e a continuidade do cuidado em saúde, cumprindo, desta forma, preceitos éticos e o compromisso da profissão na viabilização da garantia de direitos de seus usuários.

Referente à perspectiva avaliativa do estudo, foi utilizada a avaliação em profundidade, conforme proposta por Lea Rodrigues (2008).

A avaliação do Programa Ponto de Luz foi de grande importância para a instituição, para as crianças, adolescentes e suas famílias, pois através desta foram identificados, a partir das falas trazidas pelas famílias que em grande parte o atendimento multiprofissional está baseado na perspectiva de um acolhimento humanizado, com resolutividade imediata ao evento, corroborando assim para o fortalecimento da Rede Pontos de Luz, enquanto referência estadual de atenção à saúde no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, previsto como eixo componente da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023). Referente aos pontos identificados de revitimização torna-se relevante serem analisados sob o horizonte de superação na busca constante de reafirmação e proteção dos direitos de crianças, adolescentes e suas famílias.

Essa pesquisa também se tornou relevante aos gestores e equipe de saúde da instituição, pois apresentou reflexões sobre os desafios e necessidades de melhorias de atuação e busca constante pelo aprimoramento intelectual dos profissionais de saúde envolvidos, como também na perspectiva de garantia de acolhimento adequado, reduzindo a revitimização e atendendo às individualidades e subjetividades dos familiares e responsáveis pelas crianças e adolescentes.

Em relação à estruturação do trabalho, foi elencado inicialmente o referencial teórico sobre o percurso histórico da construção social da infância e da adolescência, bem como do código de menores ao sistema de proteção integral vigente para fundamentar a compreensão do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes e da

revitimização de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. No capítulo seguinte foi abordado o panorama das políticas públicas de proteção e cuidado da criança e do adolescente vítima de violência sexual no Brasil, enfocando a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência do Estado do Ceará e discutindo a importância da humanização no atendimento de saúde das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Posteriormente, foi dada ênfase ao estudo avaliativo do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin, analisando o conteúdo do programa e seu contexto de formulação sob a perspectiva da avaliação em profundidade. No capítulo do percurso metodológico da pesquisa foram abordadas a pesquisa avaliativa do estudo, a abordagem metodológica, o locus da pesquisa, os participantes da pesquisa, a análise dos dados coletados e os aspectos éticos da pesquisa. No último capítulo foi trazida a análise do atendimento do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin sob a percepção das famílias de crianças e adolescentes atendidos, sendo caracterizado o perfil sociodemográfico das famílias entrevistadas, as práticas de humanização sob o olhar das famílias e alguns aspectos da violência institucional geradora da revitimização apontados no atendimento multiprofissional de saúde, seguido das considerações finais obtidas a partir da realização da pesquisa, enfocando ainda recomendações sobre o estudo avaliativo do programa, conforme pressupõe o campo de atuação da avaliação de políticas públicas.

2 CONSTRUÇÃO SOCIAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA, SISTEMA DE PROTEÇÃO INTEGRAL, VIOLÊNCIA SEXUAL E REVITIMIZAÇÃO

Este capítulo abordará o percurso histórico da construção social da infância e da adolescência, resgatando ainda um breve trajeto histórico da legislação brasileira do código de menores ao sistema de proteção integral vigente, bem como o referencial teórico sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes e a revitimização de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

2.1 Percurso histórico da construção social da infância e da adolescência

Crianças e adolescentes foram submetidos historicamente a atos violentos (agressões físicas, sexuais e psicológicas), naturalizados e legitimados em diversas esferas sociais, sendo moldados e aprimorados pelos valores hegemônicos mediante mecanismos utilizados pelo Estado (Teodoro, 2020).

A compreensão do fenômeno das violências, dentre estas a sexual no Brasil, perpassa inicialmente pelo entendimento da construção histórica da infância e da adolescência. Para tanto, recorreu-se aos estudos feitos pelo historiador Philippe Ariès (1981) que traz o decorrer histórico do desenvolvimento do que hoje se conhece como sentimento de infância. Para o autor, o sentimento de infância surge por volta do século XVIII, pois antes deste período a criança era considerada um “adulto em miniatura”, ou seja, o que diferenciava a criança do adulto era a questão biológica e o desenvolvimento físico, portanto não possuía nenhum direito como cidadão.

Na Idade Média, Ariès (1978) refere que havia uma falta do sentimento de infância, “[...] à arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la. É difícil crer que essa ausência se devesse a incompetência ou à falta de habilidade. É mais provável que não houvesse lugar para a infância nesse mundo” (Ariès, 1978, p.50). Portanto, a criança não era percebida como um sujeito que possuía necessidades específicas, precisando de muitos cuidados diários para o seu desenvolvimento como ser humano. O autor ainda aponta que a criança participava da vida do adulto. “Os adultos se permitiam tudo diante delas: linguagem grosseira, ações e situações escabrosas; elas ouviam e viam tudo” (Ariès, 1978, p. 128). Sendo assim, a criança não tinha nenhuma proteção que garantisse o seu desenvolvimento, pois era excluída no sentido familiar, moral ou econômico.

O autor referido também acrescenta que:

[...] Até o fim do século XIII não existem crianças caracterizadas por uma expressão particular, e sim homens de tamanho reduzido. [...] Isso sem dúvida significa que os homens [...] não se detinham diante de uma imagem da infância, que esta não tinha para eles interesse, nem mesmo realidade (Ariès, 2006, p. 17-18).

Para Teodoro (2020) no período dos séculos XII e XIII as crianças e adolescentes não eram reconhecidos como sujeitos em condição de desenvolvimento, não ocupavam um lugar de privilégio na sociedade ocidental, não tendo, portanto, proteção especial da família, da comunidade e da sociedade. Acrescenta que até o final do século XIV, as situações de violência física não eram percebidas e a atitude violenta dos adultos se configurava somente como autoridade, portanto os severos métodos de educação, uso de castigos e punição corporal, que ocorriam tanto na escola como na família, disseminaram a prática das agressões físicas em toda a sociedade.

Varela e Alvarez-Uria (1992) ressaltam que as primeiras diferenciações entre adultos e crianças ocorreram no século XVI, sem ainda existir a construção do conceito de infância, destacando algumas características que eram atribuídas nesse período a quem não havia chegado à idade adulta:

[...] maleabilidade, de onde se deriva sua capacidade de ser moldada, fragilidade (mais tarde imaturidade) que justifica sua tutela; rudeza, sendo então necessária sua ‘civilização’; fraqueza de juízo, que exige desenvolver a razão; qualidade da alma, que distingue o homem dos animais; e, enfim, natureza em que se assentam os germes dos vícios e das virtudes [...] (p.71).

Larrosa (1998) define a existência de uma perspectiva do adulto sobre a criança ao escrever que “a infância é algo que nossos saberes, nossas práticas e nossas instituições já capturaram: algo que podemos explicar e nomear, algo sobre o qual podemos intervir, algo que podemos acolher” (p.68).

Rizzini e Pillot (2011) descrevem a cultura do adultocentrismo como desencadeadora de práticas violentas em nome da concepção de disciplina e transmissão dos costumes:

Numa sociedade adultocêntrica, o fato de que elas estejam vivendo uma etapa de desenvolvimento, ou seja, de que ainda não sejam adultas, leva à compreensão de que elas não teriam ainda condições cognitivas, emocionais e sociais para compreender e defender seus próprios direitos. Além disso, entramos na lógica do adultocentrismo, os resquícios da concepção de que as crianças e adolescentes são propriedades dos pais ou dos adultos que se responsabilizam por eles. Esta concepção ainda arraigada é utilizada como práticas violentas, tais como os castigos físicos tomados como ações educativas (p. 220).

Teodoro (2020) ainda pontua que as brincadeiras e os jogos eróticos voltados para a criança, entre os séculos XIII e início do século XVII davam uma falsa liberdade atribuída às crianças na primeira infância permitindo assim que estivessem misturadas na vida dos adultos. A autora refere que somente com a industrialização no século XX é que a criança passa a ser percebida como sujeito em desenvolvimento, desta forma a criança e a família assumem um novo lugar na esfera social, passando a criança a ser o centro da família e a receber atenção, afeto e cuidados.

A história da criança e o sentimento da infância no Brasil não aconteceu diferente do formato da Europa. O Brasil colônia, conforme Furtado (2005) foi marcado pelo baixíssimo grau de desenvolvimento da economia. Nessa época também era comum “[...] maus tratos, abusos sexuais, mortalidade infantil, miséria, fome, crianças sem teto, sem família, escrava do trabalho” (Henick; Faria, 2015, p. 25828). Portanto, nesse período a história da criança é marcada pela negligência do Estado, da família e da sociedade como um todo.

Um grande marco para a história da criança no Brasil foi a roda dos expostos, iniciando no período colonial e adentrando grande parte do período imperial do país. A roda dos expostos foi assim definida:

A roda era uma referência ao mecanismo onde se depositavam as crianças: um cilindro oco de madeira, com uma pequena abertura, que girava em torno de um eixo horizontal. A criança era colocada na abertura pelo lado de fora da instituição. Girando-se a roda ela passava para o lado de dentro, de tal modo que o depositante não podia ser visto, impedindo-se assim a sua identificação, onde se depositava dividida ao meio, sendo fixada no muro ou na janela da instituição (Merisse, 1997, p. 28).

Essa era uma das soluções para evitar que crianças não desejadas fossem abandonadas nas ruas, portas de igrejas ou nas casas de famílias. O abandono destas era decorrente de uma série de problemas, tais como: “[...] falta de recursos financeiros, filhos fora do casamento, escravas que tinham filhos com seus senhores e entre outros [...]” (Henick; Faria, 2015, p. 25830). Por volta do século XIX, a prática da roda dos expostos chegou ao final no Brasil.

De acordo com Priore (2013), antes e durante o período colonial do Brasil remonta a um aspecto complexo da história do país, perpassado mais pela ausência de referências sobre as crianças do que pela presença. Conforme a autora foi marcada inicialmente por um passado de tragédias, pela escravidão das crianças, pela violência e luta pela sobrevivência nas instituições assistenciais, por abusos sexuais e exploração de sua mão

de obra, situações que revelam a inexistência de uma preocupação com as crianças nestes períodos.

Com o desenvolvimento acelerado do capitalismo, o uso da mão-de-obra infantil contribuiu para aumentar essas desigualdades, além de que os valores dados às crianças são os mais diversos e variam de acordo com a época e a classe social (Ariès, 1978).

Para Elias (2012), nas sociedades mais simples as relações estabelecidas entre adultos e crianças eram relações de poder, onde a submissão era maior do que nas sociedades industriais, sendo, portanto, aceitável que os adultos detivessem um grande poder em relação ao tratamento dispensado às crianças.

Mello e Santos (2018) apontam que até o século XIX o vislumbre da infância surge com os primórdios do sentido de família, decorrente da família burguesa e da eclosão da escola, a qual nasce para ser um lugar de domesticação e passagem para a vida adulta, fazendo com que a infância seja um período de ‘retiro’ da sociedade. Acrescentam que o século XX foi palco da reprodução do olhar histórico colocado na infância como fruto da percepção do adulto sobre a criança, determinando, assim, suas necessidades e práticas de cuidado, passando a ser submetida a modelos de comportamento, doutrina para determinada religião e transmissão de conhecimento para se tornar sujeito pronto para a vida adulta.

Com o advento da família burguesa ocorre a divisão da tutela das crianças com o colégio, ao passo que as instituições de caridade assumem o papel da tutela com as famílias pobres, gerando uma notável separação por classe social, iniciando nesse período a diferenciação da infância rica e da infância pobre, manifestando as influências classistas e econômicas, as quais caracterizam o conceito de infância construído conforme o contexto em que nasce, gerando, assim, múltiplas infâncias e, conseqüentemente, diversas formas de cuidado (Mello; Santos, 2018).

Lemos (2014) expõe que “algumas infâncias são mais punidas do que outras, algumas são menos protegidas do que outras, ou seja, a balança da justiça tem cor, lugar, grupo, escolaridade, etnia, raça, gênero e configuração familiar” (p.28).

Segundo Azevedo e Sarat (2015) a compreensão da infância é uma construção histórica e social a partir das relações estabelecidas entre adultos e crianças, sendo entendida a partir das mudanças sociais e históricas percebidas nas famílias e nos grupos sociais, configurando-se como um elemento importante nos processos de interdependência entre adultos e crianças. Referem ainda que o Brasil passou de um período de ausência social da infância e da criança na história para um período no qual sua participação e sua existência

social têm sido valorizadas e consideradas fundamentais, especialmente na continuidade geracional e nas transformações ao longo do século XX, sendo tal processo conflituoso e complexo perpassando por diversos estágios de desenvolvimento social.

Nesse sentido, a infância e a adolescência hoje devem ser compreendidas como uma construção histórica, perpassada por questões sociais, econômicas, culturais e religiosas. Evidencia-se que o sentimento de infância, de preocupação com a educação moral e pedagógica, o comportamento no meio social, são ideias que surgiram já na modernidade, portanto, há todo um legado histórico pautado na desvalorização e desproteção da infância, o que repercute também na vulnerabilidade da vivência das múltiplas formas de violência sofridas por crianças e adolescentes e ainda tão presente nos dias atuais.

2.2 Do código de menores ao sistema de proteção integral

O Código de Menores de 1927 foi a primeira lei do Brasil dedicada à proteção da infância e da adolescência, conhecido também como Código Mello Mattos, o qual fixou a maioridade de 18 anos, e seu artigo que prevê que os menores de 18 anos não podem ser processados criminalmente resistiu à mudança dos tempos. Nesse período o Brasil iniciou seu processo de industrialização nacional. Num curto período histórico, ocorre a constituição do “capitalismo industrial” e do Estado capitalista através da organização das estruturas de um Estado-nação e de um Estado capitalista, incorporando aparelhos regulatórios e intervencionistas, os quais estabelecem suporte ativo para o avanço da acumulação industrial (Draibe, 2004).

Esta lei tinha um forte caráter assistencialista, protecionista e controlador, era, portanto, um mecanismo de intervenção sobre a população pobre e no governo Vargas, principalmente pós-1937, época em que se pregava o Estado neutro, a preocupação com a criança tinha forte cunho assistencialista (Leite, 2006).

O Código de Menores de 1927 foi substituído pelo Código de Menores de 1979, o qual tratava apenas da assistência, proteção e vigilância pautado na doutrina da situação irregular, por exemplo, quando fosse abandonado por seus pais ou responsável, mesmo que eventualmente, proveniente de família carente, vítima de crime, em desvio de conduta ou, por fim, quando autor de infração penal, podendo o juiz adotar medidas para restabelecer a situação de “normalidade” para criança e adolescente⁴. Este por sua vez foi revogado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90.

⁴ Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6697.htm>. Acesso em: 10 jul. 2024.

Leite (2006) aponta que em 05 de novembro de 1941, através do Decreto Lei nº 37.999, criou-se o Serviço de Assistência a Menores (SAM) que atendia crianças e adolescentes delinquentes, o qual foi alvo de inúmeras denúncias de violência praticadas contra as crianças e adolescentes institucionalizadas, sendo extinto e criada a então Política Nacional de Bem-Estar do Menor (PNBEM) no primeiro ano da ditadura militar, que tinha como objetivo integrar o menor a comunidade.

O Código de Menores de 1979 surge na vigência da ditadura militar, promulgado pelo então presidente, João Figueiredo. Neste ano, [...] o documento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), “Democracia e Saúde”, abrirá uma agenda política para a constituição do que será chamado “Movimento da Reforma Sanitária” (Costa; Noronha; Noronha, 2015).

A doutrina do Código de Menores ao contrário da teoria de proteção integral atualmente vigente foi assim destacada:

Ao contrário da teoria da proteção integral, a teoria que fundamenta o Código de Menores poderia ser resumida da seguinte forma: (a) sua incidência era limitada às situações de patologia social; (b) havia ausência de rigor procedimental, com desprezo até mesmo das garantias relacionadas ao princípio do contraditório; (c) era elevado o grau de discricionariedade da autoridade judiciária. Suas características provinham da ideia de que o mundo adulto era suficientemente bom para as crianças e adolescentes e que os adultos sabiam o que seria melhor para eles. Dessa forma, a prevenção limitava-se a disciplinar as medidas de vigilância (Minayo, 2006, p. 16).

Portanto, o que vigora naquela época era o controle social e a criminalização da pobreza, e as crianças e adolescentes não eram vistos como sujeitos de direito e pessoas em desenvolvimento, eram concebidos como simples objetos de intervenção do mundo adulto.

De acordo com Marcilio (2019), o Código de Menores foi revolucionário por pela primeira vez obrigar o Estado a cuidar dos abandonados e reabilitar os delinquentes, trazendo com isso avanços, mas não conseguiu garantir que as crianças e adolescentes sob a sua tutela fossem efetivamente tratadas com dignidade, protegidas, recuperadas.

Minayo (2006) aponta que o conceito de proteção integral previsto na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente, designa um sistema em que crianças e adolescentes, até 18 anos, são considerados cidadãos plenos, sujeitos à proteção prioritária, haja vista que são pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral, ou seja, titulares de interesses subordinados, frente à família, à sociedade e ao Estado. Essa proteção integral está previsto no artigo 227 da Constituição Federal:

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

Dentro da perspectiva de proteção integral à criança e ao adolescente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) representa um importante marco para a proteção e garantia de direitos deste segmento, assegurando oportunidades e facilidades para possibilitar o desenvolvimento físico, moral, espiritual e social, com condições de liberdade e dignidade. Portanto, prevê em seu “art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (Brasil, 1990).

Com base no fortalecimento da rede de proteção de crianças e adolescentes, surge a Lei nº 13.431/2017, a qual estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente que possam ter sido vítimas ou testemunhas de violência:

Art. 2º A criança e o adolescente gozam dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhes asseguradas a proteção integral e as oportunidades e facilidades para viver sem violência e preservar sua saúde física e mental e seu desenvolvimento moral, intelectual e social, e gozam de direitos específicos à sua condição de vítima ou testemunha.

Parágrafo único. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios desenvolverão políticas integradas e coordenadas que visem a garantir os direitos humanos da criança e do adolescente no âmbito das relações domésticas, familiares e sociais, para resguardá-los de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, abuso, crueldade e opressão.

Art. 3º Na aplicação e interpretação desta Lei, serão considerados os fins sociais a que ela se destina e, especialmente, as condições peculiares da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento, às quais o Estado, a família e a sociedade devem assegurar a fruição dos direitos fundamentais com absoluta prioridade (Brasil, 2017).

Viana e Moreira (2021, p. 91) afirmam que “a teoria da proteção integral é embasada em princípios, direitos fundamentais e regras, que legitimam a concretização de direitos por meio da execução de políticas públicas no âmbito do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente”.

O reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é um marco importante para ressaltar a visibilidade da existência do abuso, do poder disciplinador e coercitivo e das práticas violentas perpetradas contra este segmento (Teodoro, 2020). Nesse sentido, corrobora com o

enfrentamento das situações de violência sexual e a necessidade de proteção integral de crianças e adolescentes.

2.3 Violência sexual contra crianças e adolescentes

A violência praticada contra criança e adolescente é histórica e se dá pelas relações sociais, e por se tratar de uma ação violenta passou a ser reconhecida e inserida na pauta internacional de direitos humanos.

Para Moreira e Souza (2012)

A violência contra as crianças e os adolescentes tem deixado de ser tratada como um fato natural ou como “apenas” um modo particular de os pais lidarem com os seus filhos, para ser tratada como um grave problema a ser combatido tanto pelo Estado, como pela sociedade civil e as próprias famílias (Moreira; Sousa, 2012, p. 13-26).

As autoras acima apontam que a violência contra crianças e adolescentes não somente é enfrentada no âmbito jurídico-político, mas também no campo da assistência e da saúde, pois essas políticas fazem parte da rede de assistência de proteção à criança e ao adolescente, mostrando-se que essa questão não é só privada, mas sim uma questão pública (Moreira; Souza, 2012).

Segundo Azambuja *et al.*, (2011, p. 17)

[...] O conceito de “violência” caracteriza ações e/ou omissões que podem cessar, impedir, reter ou retardar o desenvolvimento pleno dos seres humanos, sobretudo quando tais ações e/ou omissões forem praticadas contra crianças e adolescentes, que, por estarem em uma condição peculiar de desenvolvimento, precisam de cuidado e proteção.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a violência em suas múltiplas expressões como uma questão de saúde pública prioritária. Define como violência sexual toda ação proferida por uma pessoa utilizando-se de sua posição de poder, fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, utilizando ou não armas ou drogas, obrigando outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção (Who, 2012).

Conforme Oliveira *et al.*, (2005, p. 377)

Por violência sexual se compreende o estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor, sedução, atos obscenos e assédio, que podem ocorrer de forma conjugada, inclusive, com outros tipos de violência física (lesão corporal, tentativa de homicídio, maus tratos e ameaças).

A violência sexual contra crianças e adolescentes se configura como um fenômeno social de difícil enfrentamento no cotidiano das relações sociais. Esta prática estimula sexualmente as vítimas que são utilizadas para obter a satisfação sexual dos agressores. É promovida por meio de práticas eróticas e sexuais impostas às crianças e aos adolescentes e muitas vezes associada à vivência da violência física e psicológica. A violência sexual pode variar desde atos nos quais não há contato físico (voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato físico com ou sem penetração, podendo abranger ainda situações de exploração sexual visando o lucro e a exposição à pornografia (Ministério da Saúde, 2002).

A Lei 13.431, de 4 de abril de 2017, estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítimas ou testemunhas de violência, e traz em seu quarto artigo as diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes, definindo a violência sexual “como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não”. O referido artigo ainda define que a violência sexual abrange o abuso sexual, a exploração sexual comercial e o tráfico de pessoas (Brasil, 2017)

a) abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiro;

b) exploração sexual comercial, entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de modo presencial ou por meio eletrônico;

c) tráfico de pessoas, entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento da criança ou do adolescente, dentro do território nacional ou para o estrangeiro, com o fim de exploração sexual, mediante ameaça, uso de força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, aproveitamento de situação de vulnerabilidade ou entrega ou aceitação de pagamento, entre os casos previstos na legislação (Brasil, 2017).

A violência sexual contra crianças e adolescentes, conforme dados oficiais nacionais ocorre em sua maioria das vezes no âmbito familiar. Portanto, existe uma violação ao direito à sexualidade segura e à convivência familiar protetora (Faleiros, 2008).

Faleiros (2008) refere que na discussão da violência sexual contra crianças e adolescentes é preciso compreender a distinção entre abuso sexual e exploração sexual. No abuso sexual há uma relação de poder entre pessoas próximas da vítima, as quais buscam prazer e satisfação sexual, abusando da pessoa mais frágil, implicando em sua subordinação e/ou sedução (Faleiros, 2008). Em relação à exploração sexual há uma relação de mercado (dinheiro em troca de serviços sexuais) intermediada por uma rede de agentes que lucram bastante com esse serviço (Faleiros, 2004).

Tendo por finalidade a diferenciação entre o abuso sexual e a exploração sexual, Santos (2007) reitera que a separação desses conceitos é de suma importância. Para esse autor, a publicação do Guia escolar (2004)⁵ contribui trazendo conceituações de abuso sexual, prostituição e exploração sexual. Desse modo, verifica-se que,

[...] esse esquema classificatório, apresentado no Guia Escolar se resume ao seguinte: o abuso sexual é classificado como uma das modalidades de violência doméstica contra crianças e adolescentes, a qual inclui também os maus-tratos. Essa categoria, por sua vez, se expressa nas modalidades de negligência, abandono, violência psicológica e violência física. A violência sexual, por sua vez, é classificada em violência sexual intrafamiliar, extrafamiliar e institucional. As formas da violência sexual foram agrupadas em abuso sexual sem contato físico, incluindo as práticas de assédio sexual, abuso sexual verbal, telefonemas obscenos, exibicionismo, voyeurismo e pornografia; e o abuso sexual com contato físico, que engloba carícias órgãos genitais, tentativas de relação sexual, masturbação, sexo oral, penetração vaginal ou anal. [...] Já a prostituição (ou trabalho sexual) pode ocorrer em duas modalidades: 1) gerida pela própria pessoa que oferta os serviços sexuais de forma autônoma; 2) agenciada por terceiros. Na primeira modalidade incluem-se a troca sexual (troca de favores por sexo) e o trabalho sexual infanto-juvenil autônomo. Já a segunda modalidade engloba o trabalho sexual infanto-juvenil agenciado por terceiros, o turismo sexual orientado para exploração sexual e o tráfico para fins de exploração sexual de crianças e adolescentes (Santos, 2007, p. 125-126).

Santos (2007) classifica o abuso sexual como uma forma de violência sexual que pode acontecer por meio da violência sexual intrafamiliar, extrafamiliar e institucional que se dá pelo abuso sexual sem contato físico e com contato físico. Já a exploração sexual comercial é nomeada, por ele, como “prostituição”, compreendida como um “trabalho sexual” que pode ser exercido tanto de forma “agenciada” quanto “autônoma”.

⁵ O guia escolar: Identificações de Sinais de Abuso e Exploração Sexual de Criança e Adolescente, foi publicado pela primeira vez em 2003, com segunda edição em 2004, sendo reformulado em sua terceira edição publicada em 2011. Este “[...] nasce de um projeto da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro em parceria com o MEC/SECADI com o objetivo de promover um debate e parcerias, no âmbito nacional, entre as Universidades, as redes de ensino e as redes de proteção das crianças e adolescentes para introduzir o tema na agenda escolar” (Santos, 2011, p.10).

Kassar *et al.*, (2005), ao diferenciar o abuso e a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, considera que este último refere-se ao processo de tirar proveito sexual de pessoas com menos de 18 anos, na qual a criança/adolescente torna-se objeto sexual numa relação de exploração de trabalho. Portanto, o que diferencia a exploração sexual comercial do abuso sexual é a questão comercial. Nesse contexto, o autor relata que a criança/adolescente se torna um “objeto sexual” “comercializado” numa relação de “exploração” do “trabalho sexual” em que um terceiro tiraria “proveito”.

Azevedo e Guerra (2009) explicam que o abuso sexual consiste numa situação de dominação, sendo que seu conceito implica ainda na noção de poderio.

Rezende (2011, p. 5) ressalta que:

O abuso sexual compreende todo ato ou jogo sexual, de relação heterossexual ou homossexual, no qual o agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado do que a vítima, tendo como finalidade estimulá-la sexualmente e/ou para obter estimulação sexual, através de práticas impostas às crianças e adolescentes pela violência física ameaças ou indução de sua vontade.

Além disso, Habigzang *et al.*, (2005, p. 341) acrescenta que “esta forma de violência pode ser definida como qualquer contato ou interação entre uma criança ou adolescente e alguém em estágio psicossocial mais avançado do desenvolvimento, na qual a criança ou adolescente estiver sendo usado para estimulação sexual do perpetrador”.

Já Baierl (2004 apud Oliosi; Mendonça; Boldrine, 2010, p. 25) expõe que:

O abuso sexual infantil é um problema que envolve questões legais de proteção à criança e punição do agressor, e também terapêuticas de atenção à saúde física e mental da criança, tendo em vista as consequências psicológicas decorrentes da situação de abuso. Tais consequências estão diretamente relacionadas a fatores como: idade da criança e duração do abuso; condições em que ocorre, envolvendo violência ou ameaças; grau de relacionamento com o abusador; e ausência de figuras parentais protetoras.

Segundo a explicação de Romero (2007, p. 20),

Em todo o mundo, as crianças vêm sendo vítimas das mais variadas formas de violência. A pior destas formas de violência é aquela sofrida dentro de suas próprias casas, diretamente de seus pais, companheiros dos pais, parentes, responsáveis ou pessoas conhecidas.

Leal (2008) argumenta que a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no contexto do capitalismo globalizado assume várias características, como, por exemplo, dos setores organizados do mercado de entretenimento, no qual existem

responsáveis pelo marketing, utilizando a tecnologia (internet, mídia, celular etc.) para vender o “produto”. Dessa forma, aponta que o acesso às tecnologias tem facilitado a expansão da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes para dentro e fora das fronteiras brasileiras, possibilitando novos canais de oferta, gerando aumento da demanda. Portanto, para a autora, a criança e o adolescente se transformam em um bem de consumo, ou seja, em mercadorias.

Os dados alarmantes dos números de violência sexual também devem ser analisados sob o prisma das consequências dessa violência na vida de crianças e adolescentes e suas famílias. “Por isso, as violências, em seus vários modos e expressões, devem-se não somente ao dado quantitativo, mas às suas qualificações e enunciações no que tange às relações e aos impactos vivenciados pelas crianças e adolescentes, bem como os familiares e a cotidianidade” (Arruda, 2021, p. 6).

Capitão e Romaro (2008) consideram que as consequências psíquicas para as crianças que sofrem abuso são profundas, podendo ocasionar quebra universal de valores, prejudicando na forma destas lidarem com a realidade de forma adequada e eficaz. Ainda referem que o abuso sexual infantil pode propiciar o aparecimento de psicopatologias graves, prejudicando a evolução psicológica, afetiva e social da vítima, sendo que os efeitos do abuso na infância podem se manifestar de várias maneiras, em qualquer idade da vida, portanto os adultos que sofreram abuso na infância estão sofrendo ou fazendo sofrer outras pessoas.

Para Hohendorff e Patias (2017) a violência sexual sofrida por crianças e adolescentes é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas e quadros psicopatológicos, não havendo uma um conjunto de sinais e sintomas que seja exclusivamente apresentado pelas vítimas, embora alguns sintomas e quadros sejam frequentemente apresentados mediados pelo impacto da violência sexual, fazendo com que alguns indivíduos os desenvolvam, enquanto outros não.

Nesse sentido os autores acima definem com base nos estudos de revisão da literatura de (Hohendorff; Habigzang; Koller, 2014) a ocorrência de quatro consequências da violência sexual apresentadas por crianças e adolescentes: consequências físicas (lesão corporal, mutilações, fissura e dilaceração anal, doenças sexualmente transmissíveis), consequências emocionais (ansiedade, culpa, medo e raiva), consequências cognitivas (autoimagem pobre/baixa autoestima, confusão entre a identidade de gênero e orientação sexual (meninos), dificuldade de aprendizagem, dissociação, paranóias, pensamentos obsessivos e pesadelos) e consequências comportamentais (agressividade, baixo rendimento escolar, comportamento autodestrutivo, comportamento externalizante, comportamento

regressivo, fugas de casa, ideação e conduta suicida, problemas interpessoais, problemas legais, comportamento hipersexualizado e sintomas obsessivo-compulsivos). Acrescentam ainda que além dessas consequências, algumas psicopatologias podem ser diagnosticadas, quais sejam: transtorno do estresse pós-traumático; transtornos de ansiedade, transtornos de humor; transtornos alimentares; transtornos somatoformes e transtornos relacionados a substâncias.

2.4 Revitimização de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Segundo Silva (2006), a palavra vítima vem do latim *victima*, sendo geralmente compreendido como toda pessoa que é sacrificada em seus interesses, que sofre um dano ou é atingida por qualquer mal. Para Avelar Jr. e Russi (2015) a palavra vítima pode designar pessoa que sofre as consequências de um ato, de um fato ou de um acidente. Já Ribeiro (2001) caracteriza o conceito de vítima como todo ser humano que é prejudicado de alguma forma.

Com base no conceito de vítima vem à tona a necessidade de se pontuar a vitimologia, que conforme Avelar Jr. e Russi (2015) atualmente é objeto de muitas pesquisas, sendo entendida como o estudo da vítima, dando-lhe o foco de atenção devida sob todos os aspectos de caráter multi e interdisciplinar. Acrescentam que “entendimentos mais recentes classificam a vitimologia como uma ciência voltada para os direitos humanos, uma vez que, o resultado da análise da vítima favorece a aplicação de políticas públicas para reparar os danos causados pelo crime” (p. 06),

A situação atual da vítima frente aos organismos estatais chega, quase, a beirar uma inversão de valores, ou seja, o delinquente tem todo o aparato judicial a seu favor, com garantias penais, constitucionais, processuais etc., e a sua vítima nada mais pode fazer do que testemunhar, e muitas vezes frente a frente com o agressor, sentindo-se amedrontada e novamente ofendida, o que levou alguns doutrinadores modernos a falar em vitimização secundária [...] (Avelar Jr.; Russi, 2015, p. 10).

Ribeiro (2001) compreende que vitimologia (vítima + logia) é o estudo da vítima em suas diversas dimensões, considerando o aspecto global, integral, ou seja, o psicológico, o social, o econômico e o jurídico.

A violência sexual é uma experiência que traz consigo graves prejuízos ao desenvolvimento sexual, psicológico e social de crianças e adolescentes. Portanto, quando estas crianças, adolescentes e seus familiares procuraram um atendimento de saúde precisam ser acolhidas de forma humanizada e com condutas que assegurem a dignidade humana, pois

além de terem sofrido uma situação de violência, pode a vítima ainda sofrer com outra forma de violência, que é a institucional, a qual promove a revitimização destes sujeitos, devendo tal prática ser observada e evitada pelos profissionais de saúde. Desta forma, Azeredo e Schraiber (2021) afirmam que:

A violência sofrida pelos usuários quando buscam os serviços de saúde é um problema sério e está longe de ser pontual: essa questão se coloca em todos os níveis de atenção à saúde, em instituições públicas e privadas, e atinge todo o território nacional. É um fenômeno tão marcante que pesquisas do Ministério da Saúde mostram altos índices de reclamações em relação a maus tratos e falta de compreensão das demandas e das expectativas dos usuários nos serviços de saúde. (Azeredo; Schraiber, 2021, p. 2).

De acordo com Azeredo e Schraiber (2021), a população brasileira passa por experiências de violência quando procura serviços de saúde e para combater essa violência cotidiana dentro dos serviços é que a humanização da saúde surge como demanda social pelo respeito aos direitos da população e como política pública que busca atuar no enfrentamento dessa violência.

A revitimização ocorre nas instituições prestadoras de serviços públicos ou privados, praticados pelos próprios profissionais designados a prestar um atendimento mais humanizado possível àqueles que procuram seus serviços, conforme menciona Taquette (2007):

Violência Institucional é aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos tais como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, Judiciário, dentre outras. É perpetrada por agentes que deveriam garantir uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos. Na seara da violência institucional, podemos encontrar desde a dimensão mais ampla, como a falta de acesso aos serviços de saúde e a má qualidade dos serviços prestados, até mesmo como expressões mais sutis, mas não menos violentas, tais como os abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre profissional e usuário. Uma forma, infelizmente, muito comum de violência institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião, um terreno fértil para a ocorrência de tal violência. A eliminação da violência institucional requer um grande esforço de todos nós, pois, em sua grande maioria, acontece em nossas práticas cotidianas com a população usuária dos serviços (p. 95).

Para Azeredo e Schraiber (2017), há uma alta ocorrência de episódios de violência no campo institucional, ou seja, dentro da estruturação da relação entre o serviço e o usuário, apontando assim para relações violentas, sejam elas, negligência na assistência, discriminação social, violência física ou até sexual e que “[...] ‘humanização’ aparece majoritariamente em

forma de propostas para enfrentar, conter e desestimular a violência dentro dos serviços de saúde” (p. 3014).

A revitimização também está pautada no tratamento que envolve descaso, deixar de prestar as informações necessárias, discriminação, culpabilização da vítima, julgamentos, pedir pra vítima repetir várias vezes a situação de violência sofrida, fazer perguntas ofensivas ou vexatórias, muitas vezes baseada em preconceitos e despreparo dos profissionais em realizar suas condutas práticas.

Portanto, a revitimização é resultado da violência institucional, que por ser algo tão sério e que precisa ser combatida, culminou na aprovação da Lei nº 14.321, de 31 de março de 2022, a qual tipifica o crime de violência institucional (Brasil, 2022), alterando a Lei nº 13.869 de 05 de setembro de 2019, que dispõe sobre os crimes de abuso de autoridade, passando a vigorar acrescida do seguinte artigo:

Art. 15-A. Submeter a vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade: I - a situação de violência; ou II - outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização.

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa. § 1º Se o agente público permitir que terceiro intimide a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena aumentada de 2/3 (dois terços). § 2º Se o agente público intimidar a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena em dobro." (Brasil, 2019).

Por conseguinte, a violência institucional que promove a revitimização de crianças e adolescentes é uma violação de direitos, em que a vítima sofre uma nova violência causada pelo Estado, no papel dos agentes públicos ou por profissionais de saúde que a atendem e questionam as condições em que aconteceu a situação, fazendo com que a vítima revise o trauma, o que deve ser combatido no cotidiano das práticas profissionais.

O enfrentamento da revitimização de crianças e adolescentes que possam ter sido vítimas ou testemunhas de violência está previsto na Lei nº 13.431/2017 (Brasil, 2017) também conhecida como Lei da Escuta Protegida, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, concebendo a violência institucional como uma das formas de violência praticadas contra crianças e adolescentes por instituição pública ou conveniada, podendo gerar a revitimização. Ainda com base nesse enfrentamento da revitimização que se configura como uma violência institucional, esta lei prevê a escuta especializada e o depoimento especial:

Art. 7º Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade.

Art. 8º Depoimento especial é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária.

Art. 11. O depoimento especial reger-se-á por protocolos e, sempre que possível, será realizado uma única vez, em sede de produção antecipada de prova judicial, garantida a ampla defesa do investigado.

§ 1º O depoimento especial seguirá o rito cautelar de antecipação de prova:

I - quando a criança ou o adolescente tiver menos de 7 (sete) anos; II - em caso de violência sexual.

§ 2º Não será admitida a tomada de novo depoimento especial, salvo quando justificada a sua imprescindibilidade pela autoridade competente e houver a concordância da vítima ou da testemunha, ou de seu representante legal (Brasil, 2017).

Schmidt (2020) reitera que se fazem necessárias medidas de assistência e proteção à criança e ao adolescente em situação de violência para que se combata a revitimização ou a vitimização secundária, afirmando que está além de ocasionar muito sofrimento à vítima, pode retardar a ajuda que precisa ser imediata e adequada para crianças e adolescentes.

Com a Lei da Escuta Protegida, Trennepohl (2022) considera que se tem buscado que crianças e adolescentes sejam ouvidos em menor número de vezes, de forma menos danosa, acompanhadas por profissionais habilitados na implantação da escuta protegida, ou seja, na escuta especializada e no depoimento especial, tendo por finalidade evitar o processo de revitimização ou vitimização secundária da criança e do adolescente. Acrescenta que o depoimento especial deve ser realizado em local apropriado e acolhedor, garantindo a privacidade da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, bem como estes devem ser resguardados de qualquer contato mesmo que visual com o suposto agressor ou com qualquer pessoa que represente ameaça, coação ou constrangimento, evitando com isso a violência institucional, que revitimiza crianças e adolescentes através do sistema processual-penal.

Mesmo nas hipóteses de depoimento sem dano previstas na Lei n. 13.431/2017, ocorre alguma revitimização da criança e do adolescente em decorrência de relembrar a violência sofrida, podendo ser agravada pelo despreparo dos operadores do direito na condução de processos (Azambuja; Ferreira, 2011).

Viana e Moreira (2021) acrescentam que existe um paradoxo na proteção da criança e do adolescente, pois de acordo com a legislação em vigor, os entes responsáveis em proteger os direitos deste segmento são os que realizam a violência, isso ocorre na violência

sexual intrafamiliar, ou seja, quando promovida pelos próprios membros da família e os agentes do Estado promovem a revitimização em casos que submetem a “tratamento humilhante, agressivo e desrespeitoso pelo discurso verbal e falta de preparação para tratar com uma criança ou adolescente que violam direitos a partir do abuso de autoridade” (p.105).

Referente ao campo da saúde, a Lei nº 13.431/2017 (Brasil, 2017) ainda estabelece que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços para atenção integral à criança e ao adolescente em situação de violência devem garantir o atendimento acolhedor.

A escuta especializada é, portanto, um procedimento de entrevista realizado com crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, tendo por objetivo garantir a proteção e o cuidado da criança e do adolescente, evitando assim que estes revivam um trauma. Diante disso, ao atender uma criança ou um adolescente nos serviços de saúde, faz-se necessário que o profissional de saúde evite perguntas, falas e aconselhamentos que possam suscitar possíveis situações de revitimização.

Dourado e Bidarra (2022) pontuam que:

[...] Escuta Especializada deve acontecer nos serviços que integram a rede de proteção e de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, com vista aos cuidados que são necessários para evitar revitimização, bem como proporcionar condições para que se viabilizem a restituição de direitos e a garantia de uma nova rota de vida que seja em condição de proteção, assegurada pela família, sociedade e Estado (p. 184).

Tendo em vista combater a violência institucional e, portanto, a revitimização de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência ao reviverem lembranças dos traumas sofridos e na perspectiva de unificar o acolhimento a este segmento, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância no Brasil (UNICEF) e a Childhood Brasil, lançou em julho de 2020 o Protocolo Brasileiro de Entrevista Forense com Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência⁶, cujo documento detalha um método de entrevista forense semiestruturada, flexível e adaptável ao nível do desenvolvimento de crianças e adolescentes, que deve ser conduzido por profissionais treinados para busca de evidências de situações de violência com vítimas ou testemunhas, sendo abordadas técnicas do conhecimento teórico e empírico sobre o funcionamento da memória e da dinâmica da violência.

A revitimização de crianças e adolescentes enquanto violência institucional deve ser combatida por práticas de humanização com a concepção do viés do direito e como

⁶ Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/sites/default/files/anexos/2020/07/protocolo_brasileiro_de_entrevista_forense_com_crianças_e_adolescentes_vítimas_ou_testemunhas_de_violencia.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2024.

política pública, a fim de ser enfrentada no cotidiano do contexto hospitalar com adoção de práticas acolhedoras.

No capítulo seguinte serão abordadas as políticas públicas de proteção e cuidado das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no Brasil, pontuando em especial a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente (Brasil, 2024) e a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência do Estado do Ceará (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023), como também será trazida a literatura que discute sobre a importância da humanização no atendimento de saúde.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO E CUIDADO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DE SAÚDE

Neste capítulo será discutido o panorama das políticas públicas de proteção e cuidado das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no Brasil, analisando também dados estatísticos recentes que dão a dimensão da problemática da violência sexual contra crianças e adolescentes a nível nacional e no Estado do Ceará, legislações referentes à proteção e cuidado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, bem como foram explanadas linha de cuidado, plano nacional de enfrentamento e políticas públicas do SUS relacionadas à violência sexual contra crianças e adolescentes até chegar à discussão da recém-implantada Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente (Brasil, 2024) e da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência do Estado do Ceará (Secretaria da Saúde do Estado Ceará, 2023). Será ainda abordada a literatura sobre a importância da humanização no atendimento de saúde às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual como política pública, os quais subsidiaram a análise do estudo avaliativo do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin.

3.1 Panorama das políticas públicas de proteção e cuidado das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no Brasil

Segundo Souza (2006), política pública é algo abstrato que pode ser comparado a uma “alma”, que para tomar forma precisa de um corpo, para isso se materializa por meio de programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos, inovações tecnológicas e organizacionais, subsídios governamentais, dentre outros. Refere que o ciclo da política pública é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implantação e avaliação.

Silva e Silva (2008) reitera que a inclusão de uma determinada política pública na agenda governamental provém da constatação do problema ou levantamento da demanda e a seleção das questões que irão compor essa agenda. A autora complementa afirmando que a elaboração das políticas públicas é um processo contraditório e não linear, no envolvimento de diferentes sujeitos, os quais são orientados por diferentes racionalidades e diversos interesses, tendo como principais sujeitos desse processo: os movimentos sociais e outras

organizações da sociedade; potenciais beneficiários dos programas sociais; os partidos políticos; os administradores e burocratas responsáveis pela administração dos programas sociais e o Judiciário responsável por garantir os direitos dos cidadãos.

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno social extremamente preocupante na realidade da sociedade brasileira e a necessidade de proteção integral deste segmento exigiram seu reconhecimento social previsto no artigo 227 da Constituição Federal (Brasil, 1988), bem como a necessidade de articulação da família, da sociedade e do Estado para a garantia dos direitos às crianças e aos adolescentes, reafirmado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

Para tanto, faz-se necessário pontuar alguns dados estatísticos recentes que dão a dimensão desta problemática no Brasil e, portanto, do desafio do enfrentamento das políticas públicas de proteção e cuidado voltadas a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde, sendo composto pela notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e tem por objetivo dar visibilidade às violências praticadas contra crianças e adolescentes para subsidiar as ações de atenção, promoção, proteção às vítimas e de aprimoramento de políticas públicas (Brasil, 2016).

Com base no componente contínuo da Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA/SINAN) no período de 2015 a 2021 no Brasil, apontam que foram notificados 202.948 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, sendo 83.571 (41,2%) em crianças (0 a 9 anos) e 119.377 (58,8%) em adolescentes (10 a 19 anos), observando que houve um aumento no número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes entre 2015 e 2019, com exceção do decréscimo do ano de 2020, possivelmente em decorrência da necessidade de isolamento social pela pandemia da COVID-19, e retomando o aumento em 2021, sendo este o maior registrado ao longo do período analisado (Ministério da Saúde, 2024).

O Ministério da Saúde (2024) descreve que em relação à violência sexual contra crianças, 76,8% das notificações ocorreram entre meninas e que tanto no sexo feminino quanto no sexo masculino, a maior proporção de notificações de violência sexual aconteceu na faixa etária de 5 a 9 anos (53,8% e 60,1%, respectivamente) e em negros (pardos N = 35.126, 42,2%; e pretos N = 5.812, 7,0%), apontando ainda que a maior proporção de violência sexual está entre aquelas que relataram não possuir alguma deficiência ou transtorno (meninas N = 53.110, 83,0%; e meninos N = 15.381, 79,6%) e que residiam na Região

Sudeste (meninas N = 27.664, 43,2%; e meninos N = 8.861, 45,9%). Referente à violência sexual contra adolescentes, 92,7% das notificações foram de meninas (N = 110.795), sendo 68,2% das notificações na faixa etária de 10 e 14 anos (meninas 67,8% e meninos 73,4%). Também houve maior proporção de notificação em adolescentes pretos e pardos (meninas N = 66.783, 60,3%; e meninos N = 4.629, 53,1%), que não possuíam deficiência ou transtorno (meninas 82,2% e meninos 68,4%), tendo novamente o percentual maior na Região Sudeste com 33,6% dos casos notificados (meninas 32,8% e meninos 43,7%).

O estudo mencionado acima ressalta que a violência sexual contra crianças e adolescentes se concentram na sua maioria nas meninas com menores faixas etárias e na raça de pardos e pretos, evidenciando que a violência sexual está perpassada também por questões de gênero e de raça.

Segundo dados do Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes (2024), com base na análise dos boletins de ocorrência entre 2021 e 2023 nas 27 unidades da Federação, apontam que ocorreram 164.199 estupros com vítimas de até 19 anos no país, com alta nos números nos dois anos mais recentes. Considerando a média dos três anos, portanto, 48,3% das vítimas possuem entre 10 e 14 anos, a faixa mais vitimizada. A violência sexual, contudo, é muito presente entre crianças: 35,8% do total de crimes aqui considerados ocorre com quem possui até 9 anos e entre os mais velhos (15-19 anos), o percentual é de 15,8%. A grande maioria das vítimas de violência sexual em todas as faixas etárias são meninas, no total de 87,3%. Meninas de até 19 anos são mais vítimas de autores conhecidos no valor de 85% e os meninos ficam com o patamar de 79%, e na análise do tipo de local de ocorrência do delito, a residência é majoritariamente o local preferencial, seja para vítimas do sexo masculino ou feminino (Unicef Brasil; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

Corroborando com os dados do Ministério da Saúde (2024) em que houve um decréscimo em 2020 de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes, os dados do Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes (2021) referem que em 2020, ano marcado pela pandemia de covid-19, houve uma queda no número de registros de violência sexual. Foram 40 mil registros na faixa etária de até 17 anos em 2017 e 37,9 mil em 2020. No entanto, analisando mês a mês, observamos que, em relação aos padrões históricos, a queda se deve basicamente ao baixo número de registros entre março e maio de 2020, período este em que as medidas de isolamento social estavam mais fortes no Brasil. Essa queda provavelmente representa um aumento da subnotificação, não de fato uma redução nas ocorrências. (Unicef Brasil; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021).

O Atlas da Violência 2024 aponta que, no período de 2012 a 2022, a violência sexual contra crianças de ambos os sexos na faixa etária de 0 a 9 anos atingiu o percentual de 30% em 2022 e que meninas de 10 a 14 anos são as maiores vítimas de violência sexual no Brasil alcançando o patamar de 49,6%. Quanto ao local de ocorrência das violências, a residência aparece como local majoritário para os infantes (0 a 4 anos) e crianças (5 a 14 anos) nos percentuais de 67,5% e 65,6% respectivamente. No caso de adolescentes, embora a residência permaneça como o local de maior frequência (47,5%), violências em via pública representam 29,2% das notificações, sugerindo diferenciada dinâmica de violência com o passar da idade (Cerqueira; Bueno, 2024).

A Convenção sobre os Direitos da Criança⁷, adotada pela Resolução n.º L. 44 (XLIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 20 de setembro de 1990, reafirma como valores a dignidade da pessoa humana e os direitos humanos. É constituída por 54 artigos elencando direitos das crianças e em seu artigo 19, reconhece a necessidade de proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto estiver sob a guarda dos pais, do representante legal ou de qualquer outra pessoa responsável por ela.

Ainda com base na prerrogativa legal de proteção, prevenção e garantia de direitos deste segmento, destaca-se a Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, conhecida popularmente como a Lei da Palmada ou Lei Menino Bernardo, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelecendo que a criança e o adolescente tenha o direito de serem educados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante (Brasil, 2014) e a Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022, também conhecida por Lei Henry Borel, a qual cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente (Brasil, 2022) e a já mencionada Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítimas ou testemunhas de violência, criando mecanismos para prevenir e coibir a violência (Brasil, 2017).

No tocante a política pública de saúde, a Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual:

⁷ Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convidir_crianca.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2023.

Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social (Brasil, 2013a).

A mesma lei conceitua a violência sexual e dispõe sobre a forma de atendimento nesses casos:

Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

- I - Diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;
- II - amparo médico, psicológico e social imediatos;
- III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;
- IV - profilaxia da gravidez;
- V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;
- VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;
- VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis (Brasil, 2013a).

Conforme preceituado pela lei citada, temos no § 1º do art. 3º que “Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem”. Prosseguindo observa ainda que: § 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal. § 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor (Brasil, 2013a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) também reconhece a problemática da violência contra criança definindo como um de seus eixos a atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz, estabelecendo ações e estratégias de qualificação dos serviços especializados para atenção integral de crianças e suas famílias em situação de violência sexual, física, psicológica, negligência e/ou abandono (Brasil, 2015).

A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violência afirma que a rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência (Brasil, 2010).

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, revisado em 2012/2013, estabelece como um dos seus eixos a atenção à criança e ao adolescente e suas famílias e à pessoa que comete violência sexual, tendo como perspectiva a garantia do atendimento especializado e em rede com base no respeito aos direitos humanos e no desenvolvimento de ações articuladas e intersetoriais (Brasil, 2013).

Mesmo a violência sexual contra crianças e adolescentes ter todo esse reconhecimento legal e o atendimento a esse público estarem contidos em vários serviços e linhas de cuidado do SUS, somente recentemente essa problemática foi contemplada por uma política pública nacional específica, instituída pela lei nº 14.811, de 12 de janeiro de 2024, que estabelece medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência nos estabelecimentos educacionais ou similares e prevê a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente (Brasil, 2024).

A Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente possui os seguintes objetivos, quais sejam aprimorar a gestão das ações de prevenção e de combate ao abuso e à exploração sexual da criança e do adolescente; contribuir para fortalecer as redes de proteção e de combate ao abuso e à exploração sexual da criança e do adolescente; promover a produção de conhecimento, a pesquisa e a avaliação dos resultados das políticas de prevenção e de combate; garantir o atendimento especializado e em rede e estabelecer espaços democráticos para participação e controle social (Brasil, 2024)

§ 1º As políticas públicas de prevenção e de combate ao abuso e à exploração sexual da criança e do adolescente não se restringem às vítimas e devem considerar o contexto social amplo das famílias e das comunidades.

§ 2º A Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente, considerada a sua transversalidade, deverá prever capacitação continuada de todos os agentes públicos que atuam com crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

§ 3º A Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente será detalhada em um plano nacional, reavaliada a cada 10 (dez) anos, a contar de sua elaboração, com indicação das ações estratégicas, das metas, das prioridades e dos indicadores e com definição das formas de financiamento e gestão das políticas de prevenção e de combate ao abuso e à exploração sexual da criança e do adolescente.

§ 4º Os conselhos de direitos da criança e do adolescente, organizações da sociedade civil e representantes do Ministério Público realizarão, em conjunto com o poder público, em intervalos de 3 (três) anos, avaliações periódicas da implementação dos Planos de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente, a serem definidas em regulamento, com o objetivo de verificar o

cumprimento das metas estabelecidas e de elaborar recomendações aos gestores e aos operadores das políticas públicas (Brasil, 2024).

Portanto, esta política nacional recém-implantada ainda tem um caminho longo a percorrer para atingir seus objetivos, necessitando também de detalhamento em plano nacional com estabelecimento de estratégias de atuação, metas, prioridades, indicadores e principalmente definição de gestão e financiamento no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes para a efetivação de suas avaliações periódicas. Desta forma, neste momento ainda não pode ser avaliada a implantação de suas ações pelos conselhos de direitos da criança e do adolescente, poder público, representantes do Ministério Público e sociedade civil, o que será viável nos próximos anos de implantação desta política a nível nacional.

3.2 Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência do Estado do Ceará

A violência sexual contra crianças e adolescentes também se configura como uma triste realidade no cenário estadual, apontada por dados preocupantes no Estado do Ceará.

Conforme dados do Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes (2024), com base na análise dos boletins de ocorrência entre 2021 e 2023, no Estado do Ceará, ocorreram os seguintes números absolutos de estupro com vítimas de 0 a 19 anos: em 2021 (N= 1542 casos), em 2022 (N= 1432 casos) e em 2023 (N= 1635 casos). Referente ao ano de 2023 no Estado do Ceará a taxa de estupros de crianças e adolescentes apresenta 40,7 casos por 100 mil habitantes na faixa etária de 0 a 4 anos; 59,8 casos por 100 mil habitantes entre 5 e 9 anos; 130,7 casos por 100 mil habitantes entre 10 e 14 anos e 35,1 casos por 100 mil habitantes na faixa etária de 15 a 19 anos (Unicef Brasil; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024). Observar-se que com base nos dados acima a maior prevalência de estupros no Estado do Ceará se concentra na faixa etária de 10 a 14 anos.

Os dados da Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Ceará⁸ (SSPDS/CE), por intermédio da Gerência de Estatística e Geoprocessamento (GEESP/SUPESP), com base no Sistema de Informações Policiais (SIP/SIP3W) que engloba os procedimentos usuais utilizados pela Polícia Civil, tais como, boletim de ocorrência, termo circunstanciado de ocorrência e inquérito policial, referem que dos 1.378 registros de crimes sexuais notificados no Estado até o mês de agosto de 2024, 42,6% das vítimas são menores de

⁸ Disponível em: <<https://www.sspds.ce.gov.br/estatisticas-2-3/>>. Acesso em: 10 jul. 2024.

12 anos. Dentre o contingente de crianças, a maioria (81,2%) das vítimas são do sexo feminino. Adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos são o segundo grupo com mais vítimas de crimes sexuais, com 506 registros, equivalente a 35,5% dos casos totais. No tocante, ao percentual de crimes sexuais por faixa etária atualizado em fevereiro de 2025, a faixa etária de 0 a 5 anos aparece com (14,84%), de 6 a 11 anos (27,76%) e de 12 a 17 anos (35,58%).

O Estado do Ceará, segundo dados da SSPDS, dá dimensão da quantidade espantosa de crimes sexuais contra crianças e adolescentes, seguindo a mesma tendência dos dados nacionais que apontam esse público como o mais vulnerável a violência sexual, sendo em sua grande maioria do sexo feminino, ou seja, as crianças e as adolescentes meninas são as principais vítimas desse crime tão bárbaro. É importante ressaltar, que esses dados estatísticos do Estado apontados acima contemplam apenas os provenientes dos que chegam nas delegacias, o que significa que não há uma dimensão real dos casos de violência sexual envolvendo crianças e adolescentes que podem estar convivendo no ciclo da violência perpetuada por anos, trazendo consequências de curto e longo prazo para a vida desses sujeitos.

O Monitoramento da Política de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes⁹ realizado pelo Fórum Permanente de ONG's de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente em 2024 aponta 110 casos de violência sexual notificadas em 2023 pelos Conselhos Tutelares de Fortaleza no SIPIA (Sistema de Informação para a Infância e Adolescência), em que 80,9% dos atendimentos foram a meninas e 19,1% a meninos. E no primeiro semestre de 2024, conforme quadro 1 abaixo foram 81 casos notificados, sendo 82,7% das vítimas meninas e 17,3% meninos. Novamente os dados apontados deixam claro que as maiores vítimas da violência sexual em Fortaleza atendidos pelos conselhos tutelares são de meninas.

Quadro 1 – Quantitativo de Violações de Direito a Dignidade Sexual no Município de Fortaleza no Período de 01/01 a 30/06/2024.

VIOLAÇÃO DE DIREITO	FEM	MASC	TOTAL
Abuso sexual por cuidadores por cuidadores com conjunção carnal ou não	2	1	3
Abuso sexual por membros do círculo de relações sociais e de Amizade com conjunção carnal ou não	11	2	13
Abuso sexual por pessoas da família com	17	6	23

⁹ Disponível em: < <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzQXKhJZKWJMrCrVMcQJxpksrTM> S?projecto r=1&messagePartId=0.1 >. Acesso em: 15 mar. 2025.

conjunção carnal ou não			
Abuso verbal/Telefonemas obscenos	1	1	2
Assédio sexual	7	1	8
Estupro	6	0	6
Estupro de vulnerável	20	2	22
Exibicionismo	2	0	2
Satisfação de lascívia	0	1	0
Corrupção para a prostituição e/ou exploração sexual comercial	1	0	1
TOTAL	67	14	81

Fonte: Monitoramento da Política de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes/Fórum DCA.

Conforme quadro 1, os maiores quantitativos de violações de direitos a dignidade sexual de crianças e adolescentes são o abuso sexual por pessoas da família, dando ênfase expressiva a violência intrafamiliar, ou seja, aquela praticada por pessoas com vinculação e muitas vezes com relações de confiança com a criança e o adolescente e o estupro de vulnerável, em que se tratando de pessoas menores de 14 anos de idade ou com algum tipo de deficiência ou por qualquer outra causa em que não possam oferecer resistência, sendo assim tipificado pelo Código Penal (Brasil, 1940).

Na busca de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Ceará foi instituída a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência através da portaria nº 769 de 23 de abril de 2024 no Diário Oficial do Estado¹⁰, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) por meio da Resolução nº 175 de 15 de dezembro de 2023 e aprovada pelo Conselho Estadual da Saúde (CESAU). Esta Política Estadual no início de sua formulação em 2022 foi pensada tendo como foco à violência contra a mulher, criança e adolescente, entretanto em decorrência da violência afetar todos os segmentos da população, optou-se em trabalhar a política de cuidado às pessoas em situação de violência, estando desta forma estruturada nos eixos estratégicos de cuidado integral à saúde, atendimento preferencial, prevenção, promoção da saúde e cultura de paz, participação social, educação permanente e na rede de proteção aos profissionais da saúde (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023).

O eixo estratégico de ação do cuidado integral à saúde abrange:

I. Acolhimento prioritário e assistência à saúde em todos os níveis de atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça referência e contrarreferência

¹⁰ Disponível em: <<http://pesquisa.doe.seplag.ce.gov.br/doespesquisa/sead.do?page=ultimasEdicoes&cmd=11&action=Últimas>>. Acesso em: 10 jul. 2024.

entre a atenção primária, especializada terciária/ alta complexidade, assegurando a continuidade da atenção; II. Organização dos serviços de saúde para um acolhimento humanizado, integrado; III. Abastecimento regular de medicamentos e insumos necessários à profilaxia e o que se fizer necessário; IV. Qualificação dos trabalhadores para o atendimento das pessoas em situação de violência. V. Desenvolvimento de ações de informação, educação e comunicação voltadas à prevenção das violências à cultura da paz. VI. Orientação sobre garantia de direitos e de proteção social; VII. Acompanhamento interinstitucional das vítimas e das famílias por meio de visitas conjuntas sistemáticas. VIII. Notificação dos casos de violências, garantindo o sigilo e a orientação à vítima e à família com relação aos direitos das pessoas em situação de violências; IX. Atendimento emergencial e multidisciplinar pelos Hospitais, conforme organização da rede de referência instituída e legislação vigente (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023).

A Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência tem os seguintes objetivos:

- I. Promover o Cuidado Integral às pessoas em situação de violência, de forma descentralizada, regionalizada, em todos os pontos de atenção à saúde no Estado do Ceará;
- II. Organizar a Rede Assistencial, para melhorar o acesso em todos níveis de atenção à saúde;
- III. Apoiar pesquisas voltadas às pessoas em situação de violências;
- IV. Fortalecer parcerias com instituições governamentais, não governamentais, intersetoriais, no enfrentamento às violências;
- V. Qualificar os trabalhadores da saúde em situação de violência, de acordo com as demandas identificadas;
- VI. Orientar profissionais da saúde e demais segmentos da população sobre sinais e situações de violência;
- VII. Assegurar os direitos das pessoas em situação de violência, observando as questões raciais, étnicas, geracionais, orientação sexual, deficiências, aspectos sociais, econômicos, culturais, regionais, entre outros;
- VIII. Informar e divulgar os direitos das pessoas em situação de violências nos serviços de saúde em todos segmentos da população;
- IX. Desenvolver estratégias para ampliar notificações de pessoas em situação de violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023).

A Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023) é ainda formada pelos seguintes componentes, a saber: Rede Pontos de Luz, que são os pontos de atenção da rede de serviços de saúde articulados, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, às pessoas em situação de violência; Núcleo de Prevenção à Violência nos Serviços de Saúde, que pode ser um núcleo, uma comissão ou um profissional de referência, tendo por finalidade prestar informações, orientações, articulação, apoio técnico, difusão de conhecimento para os profissionais da saúde e demais trabalhadores, e às pessoas em situação de violência e o Programa de Prevenção à Violência e Cultura de Paz, cujas ações devem ser desenvolvidas no ambiente do trabalho, nos serviços de saúde, na comunidade, junto aos trabalhadores, escolas, sociedade em geral, objetivando a criação de cultura de paz, redução de conflitos, comunicação não

violenta (CNV) e estratégias de prevenção, qualificação dos trabalhadores no enfrentamento à violência.

Dentro deste contexto das políticas públicas para a criança e o adolescente em situação de violação de direitos, o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin está contemplado na Rede Pontos de Luz no âmbito estadual, estando inserido por sua vez como importante componente da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência e em consonância com os objetivos da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente.

3.3 A importância da humanização no atendimento de saúde das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Os ideais de humanização nos programas no setor da saúde iniciam em meados dos anos 1970, defendidos por movimentos sociais acerca da saúde mental, durante a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial para que os direitos dos pacientes sejam assegurados e pelo fim da violência institucional na saúde, bem como foram defendidos pelos movimentos feministas em relação aos episódios de violência sofrida pelas mulheres, assim, até os anos 2000, o termo humanização da saúde designa a luta dos usuários pelo respeito a seus direitos em contextos específicos (Azeredo, 2017).

Azeredo (2017) afirma que ainda no ano 2000, é implantado o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH) que previa a criação de comitês de humanização dentro dos hospitais, com o objetivo de melhoria da qualidade de atenção ao usuário e posteriormente ao trabalhador, desta forma as discussões e políticas de humanização deixam de ser voltadas a públicos específicos da saúde, deixam de tratar somente a relação entre população específica e o serviço, passando a intervir também na gestão dos serviços e no relacionamento dos trabalhadores.

Em 2003, nasce a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual busca materializar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nos cotidianos dos serviços de saúde, com o objetivo de promover mudanças de gestão e do cuidado ofertado. Para tanto, traz à tona a necessidade de comunicação dos seus três atores, quais sejam, gestores, trabalhadores e usuários, na perspectiva de construir processos coletivos de enfrentamentos das relações de poder, propondo mudanças na gestão do cuidado e dos processos de trabalho para rompimento de práticas desumanizadoras (Brasil, 2003).

Prevê ainda como seus princípios a transversalidade que aponta que a Política Nacional de Humanização deve estar presente em todas as políticas e programas do SUS; a indissociabilidade entre atenção e gestão, ou seja, as decisões da gestão devem ser compartilhadas pela tomada de decisões dos trabalhadores e usuários e que estes também são responsáveis pelos cuidados de si nos tratamentos (nos seus cuidados de saúde) e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, isto é, compartilhamento de responsabilidades em qualquer mudança na gestão e atenção da saúde (Brasil, 2003).

Para Pasche (2009)

A inseparabilidade entre modos de gestão e de atenção, compreendendo que são mutuamente influenciados e determinados; a transversalização de saberes, de poderes e de afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde, fomentando deslocamentos subjetivos e a produção de planos de ação comum sem, contudo, borrar a ponto de negar especificidades, senão colocando-as em relação, em rede, para deferir a aposta na autonomia e no protagonismo dos sujeitos, que em relação e guiados por orientações éticas - também por construções históricas - são capazes de acionar vontade e desejo de mudança, construindo redes de corresponsabilização (Pasche, 2009, p. 704).

Portanto, a humanização pressupõe a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores implicados no processo de produção de saúde e no protagonismo e autonomia desses sujeitos, bem como o estabelecimento de seus vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão, e a elaboração de ações de cooperação mútua norteiam essa política (Brasil, 2010a).

Conforme Casate e Corrêa (2012, p. 220-221) a humanização se refere aos aspectos de perceber o ser humano como um ser único e complexo, “o que inclui o respeito, o acolhimento, a empatia, a escuta, o diálogo, circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, além da valorização dos significados atribuídos pelo ser humano à sua experiência de adoecimento e sofrimento, da prevalência da comunicação e do diálogo”.

Deslandes (2004), em sua análise sobre a perspectiva da humanização nos documentos do Ministério da Saúde, afirma que:

Geralmente emprega-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes (p. 8).

O mesmo autor defende que, a concepção de humanização adotada oficialmente pela Política Nacional de Humanização valoriza a dimensão subjetiva-individual, ou seja, pessoal-emocional, comunicacional e relacional, trazendo à tona a perspectiva do resgate das subjetividades envolvidas no cuidado, considerando também a existência da precarização do trabalho dos profissionais de saúde. Por conseguinte, aponta que “[..] as condições estruturais de trabalho desse profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência” (p. 13).

A humanização configura-se como um processo de transformação do modelo institucional de saúde, na perspectiva de propor o reconhecimento e a valorização dos aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de todos os envolvidos, trazendo a Política Nacional de Humanização um modelo de gestão centrado no trabalho em equipe e na adoção de políticas humanizadas para garantir um padrão de excelência na assistência aos usuários do SUS (Adorno *et al.*, 2017).

Os autores acima ainda referem que a humanização no contexto hospitalar deve considerar as características multidimensionais dos usuários atendidos em suas particularidades, para tanto, na busca do aprimoramento para a melhoria da assistência e da gestão, faz-se necessário aplicar metodologia que responda às dificuldades apresentadas na dinâmica de trabalho, possuir habilidade e empatia para interagir com as pessoas diante de conflitos e de situações que exijam atitudes assertivas.

Casate e Corrêa (2012, p. 225) por sua vez compreendem que “[...] nas práticas de atenção e gestão em saúde, a humanização, muitas vezes, é de difícil compreensão, referindo-se a questões complexas, ficando mais palpável quando abordada como política e ação que operam na transversalidade.”

A humanização deve se constituir como vertente orgânica do sistema clínico de saúde e como política ela deve materializar seus princípios no modo de operar das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde (Mota; Martins; Verás, 2006).

Paiva e Barros (2023) consideram que a implantação da humanização na assistência à saúde é um processo complexo e multidimensional, perpassada por múltiplos discursos e práticas e que a humanização adquire importância no contexto hospitalar, já que este ambiente está imbuído por uma carga de sofrimento para o paciente e seus familiares, principalmente quando o paciente é uma criança, pois a atenção à saúde desse grupo deve ser compreendida como um campo prioritário para as ações da assistência humanizada em saúde.

Acrescentam que “Os aspectos históricos da saúde retratam a construção de uma cultura institucional que se impôs na organização das práticas de saúde, caracterizada pela racionalidade científica e com ênfase na técnica” (p. 3). Com base nessa perspectiva, Merhy e Feuerwerker (2016) reforçam que mesmo com os avanços tecnológicos, a saúde perde sua ênfase cuidadora, sua potência e sua eficácia, já que desconsidera os outros saberes em saúde.

Ainda segundo Paiva e Barros (2023)

Falar em humanização, desconsiderando o âmbito do direito à saúde, é preocupante e reforça a ideia de que as ações de humanização dizem respeito aos movimentos individuais e não coletivos, o que torna a coisa pública a ser compreendida, muitas vezes, como um favor, negligenciando o direito à saúde de qualidade de todo cidadão. Esta realidade aponta para um abismo entre o que se pretende com as políticas públicas e o que realmente se alcança em termos efetivos, pois são feitas políticas, mas elas não chegam até as pessoas (Paiva; Barros, 2023, p.13).

Para Azeredo e Schraiber (2021) humanizar refere ao respeito às individualidades e a possibilidade da interação intersubjetiva entre profissionais e usuários e não como uma retomada de preceitos morais de qualquer filosofia de caráter humanista.

Corroborando com o pensamento dos autores acima, Aniceto e Bombarda (2020) defendem que nos debates atuais no campo da saúde pública, o conceito de humanização está relacionado com uma necessária articulação entre a orientação técnica e biomédica às outras dimensões do processo saúde e doença, como o reconhecimento dos direitos dos usuários, de sua subjetividade e cultura, portanto a humanização pressupõe uma mudança das referências éticas e morais que guiam as práticas da área da saúde. Reiteram que a humanização do cuidado está baseada na perspectiva da garantia dos direitos dos usuários, respeitando a sua dignidade e com o objetivo de promoção da saúde física, mental e espiritual destes.

Mota, Martins e Verás (2006) relatam que no âmbito hospitalar, a humanização do cuidado tem contribuído para a redução do tempo de internação e de gastos para o hospital, além de proporcionar intervenções e mudanças estruturais possibilitando que a experiência da internação seja mais confortável para o usuário:

Conclui-se que, para a construção de uma política de qualificação da saúde, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de serviço, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede de serviço hospitalar do Brasil (Mota; Martins; Verás, 2006, p.329).

Já De Carlo *et al.*, (2018) acreditam que a humanização hospitalar promove a ampliação do bem-estar tanto de pacientes como dos profissionais, o que pode contribuir para a redução do tempo de internação e absenteísmo.

Deslandes (2004, p.13) ressalta que “Positivamente, as ideias de humanização como antítese da violência e da incomunicabilidade reforçam a posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde”.

Souza e Maurício (2018) ao analisarem o conceito da humanização do cuidado em saúde na produção científica brasileira sob a abordagem marxiana concebem que há a predominância da tendência que conceitua a humanização sob o viés subjetivo-relacional, especialmente defendido pelas prerrogativas da Política Nacional de Humanização. Embora os autores reconheçam a importância dessa estratégia, apontam certos limites ao problematizar o que seja humanização em Marx, pontuando também o processo de desumanização e o seu necessário enfrentamento:

Por esse caminho, sem ignorar a relevância de estabelecer estratégias que fortaleçam a dimensão relacional do cuidado, destacamos, sobretudo, os limites existentes em assumir essa estratégia sem uma perspectiva de enfrentamento da desumanização pela raiz. Por conseguinte, afirmamos a necessidade – prioritária – de extrapolar a dimensão interna do cuidado individualizado, lançando-se em direção à dimensão coletiva da luta de classes, de enfrentamento direto com o capital e suas contradições particulares, combatendo o mal pela raiz (Souza; Maurício, 2018, p. 503).

Por fim, Souza e Maurício (2018, p. 504) reiteram que:

Para além das contribuições que a literatura traz sobre o assunto (aquela que coloca o eixo da humanização do cuidado em saúde nas relações subjetivas profissional-usuário) e a PNH nos oferece, precisamos pensar a desumanização da saúde no bojo da luta de classes, como expressão dos antagonismos basilares do capital, enfrentando-os no interior do âmbito particular da saúde, mas de forma articulada com a luta mais geral de superação do capital.

Com base na literatura trazida, a humanização no contexto hospitalar pressupõe a capacidade de trabalho em equipe, levando em consideração as especificidades dos usuários e suas famílias, em meio às suas questões subjetivas, históricas e socioculturais, bem como da necessidade de valorização dos profissionais da saúde no tocante a condições mais dignas de trabalho, sabendo que tal condição é fruto das determinações e contradições do capital.

Partindo desse pressuposto, não se pode esquecer que a humanização é um direito de todos os atores envolvidos, sejam eles, gestores, trabalhadores e usuários, e que a tomada de decisões e mudanças de práticas e gestão precisam ser devidamente compartilhadas numa corresponsabilidade de todos, sem deixar de compreender que a desumanização da saúde é enfrentada na perspectiva da luta de classes, o que se torna um grande desafio de concretude

nas práticas de saúde ofertadas pelo SUS. Portanto, reitera-se que a humanização é uma importante política pública que atua no enfrentamento da violência institucional, geradora da revitimização de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

No próximo capítulo será avaliado o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin sob a perspectiva da avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008), contemplando a análise do conteúdo do programa e seu contexto de formulação.

4 O ESTUDO AVALIATIVO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN

Neste capítulo será elencado o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin, que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no serviço de emergência e ambulatório, na perspectiva da avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008).

Na avaliação do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin foi realizada a pesquisa de campo com familiares das crianças e adolescentes vítimas da violência sexual atendidos pelo programa, bem como foi contemplada a análise do conteúdo do programa e seu contexto de formulação. Para tanto, além da pesquisa de campo mencionada, foi realizada à análise do material institucional (leis, portarias, documentos internos, relatórios, atas de reuniões, planilhas de monitoramento e dados estatísticos de atendimento), enfocando o objetivo, dinâmica de implantação, paradigmas orientadores, concepções de valores, coerência interna e conceitos que sustentam o programa.

Referente ao contexto de formulação o estudo brevemente apresentou em tópicos anteriores o levantamento de outras políticas, plano e linha de cuidado do SUS correlacionadas à violência sexual contra crianças e adolescentes, bem como dados estatísticos recentes dando a dimensão desta problemática no país e no Estado do Ceará, apontando ainda legislações sobre o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, amparando desta forma o marco legal do Programa Ponto de Luz.

4.1 Contextualizando o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin

O Programa Ponto de Luz implantado no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) surgiu da necessidade de estruturação de um atendimento de saúde voltado a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, compondo a Rede Pontos de Luz, que são pontos de atenção da rede de serviços de saúde articulados em nível de política pública do Estado de Ceará, e que atualmente está previsto como componente da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023). Portanto, o Programa Ponto de Luz iniciado em maio de 2021 no Centro de Emergência Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin e ampliado em março de 2022 para o ambulatório do mesmo hospital¹¹ antecede a promulgação da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência do Estado de Ceará, como também da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente (Brasil, 2024).

¹¹ Dados institucionais do Hospital Infantil Albert Sabin.

O Programa Ponto de Luz foi implantado ainda na vigência da pandemia de Covid-19, na chamada segunda onda, em que o Estado do Ceará em 2021, observou aumento expressivo no número semanal de casos a partir da SE (Semana) 01, apresentando o pico de casos na SE 14. A segunda “onda” apresentou uma diferença de 18.309 casos a mais entre as SE 20/2020 e 14/2021, representando um aumento de 97,2%. Em 2021, teve um aumento considerável na média móvel de sete dias de casos confirmados a partir da segunda quinzena de fevereiro e nos dias 05/04, 12/04 e 10/05 registraram os maiores números de casos de COVID-19, com 6.430, 5.744 e 5.907, respectivamente. A primeira quinzena de abril registrou aumento de casos mantendo um platô até ao final do mês de maio, quando nota-se uma pequena redução na média móvel e a partir do mês de junho, houve uma redução e estabilidade no número de casos confirmados (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2021).

O Hospital Infantil Albert Sabin como instituição de referência pediátrica do Estado do Ceará passou também a atender crianças e adolescentes com Covid-19 no serviço de emergência, com enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) exclusiva para atendimento deste público. Foi, portanto, neste cenário epidemiológico do Estado do Ceará, que o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin foi iniciado com adoção de protocolos, fluxograma e instrumentais específicos elaborados pela coordenação local¹², não ocorrendo, entretanto, na época a devida capacitação dos profissionais de saúde envolvidos.

Ressalta-se que apesar do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin ter sido implantado há cerca de quatro anos, ainda não há uma portaria que formalize legalmente a existência do programa no cenário hospitalar, sendo essa uma fragilidade apontada pela pesquisa. Por outro lado, o Programa está previsto nas Redes Pontos de Luz como eixo componente na Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023), tendo sua legitimidade assegurada em âmbito estadual.

A Rede Pontos de Luz tem por objetivo acolher, orientar e dar o apoio necessário em tempo hábil a pessoas em situação de violência sexual e/ou doméstica para mulheres, crianças e adolescentes, estando em processo de construção pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), contando com os equipamentos que atuam em articulação intersetorial para auxiliar na proteção e prevenção de novas situações de violência. A SESA tem feito um mapeamento dos atendimentos e profissionais dos municípios com o apoio das unidades situadas nas Áreas Descentralizadas de Saúde (ADSs), sendo que a distribuição das

¹² Protocolo de Atendimento, fluxograma e instrumentais específicos do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin.

atribuições e compromissos assumidos pelos municípios acontece em diferentes níveis de atenção por meio de Termos de Compromisso. E para garantir a qualidade da assistência, a SESA reforça a importância de equipes de referência multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos¹³.

A implantação do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin se deu em um momento de desabilitação de leitos pediátricos no Hospital São José, referência estadual em infectologia, e, portanto da necessidade de reorganização do atendimento ao segmento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Ocorreram reuniões e pactuações dos gestores do HIAS e representantes da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) através da Superintendência da Região de Fortaleza (SRFOR), passando o HIAS a ser referência no atendimento a esse público¹⁴.

Atualmente o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin conta uma coordenação local, com uma profissional de serviço social como referência¹⁵, em conformidade com o que orienta a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023), em seu componente do Núcleo de Prevenção à Violência nos Serviços de Saúde, o qual pode ser um núcleo, uma comissão ou um profissional de referência, tendo por finalidade prestar informações, orientações, articulação, apoio técnico, difusão de conhecimento para os profissionais da saúde e demais trabalhadores, e às pessoas em situação de violência. Já a nível estadual, o Programa Ponto de Luz, assim como toda a Rede Pontos de Luz no cenário do Estado do Ceará, está subordinado a Superintendência da Região de Fortaleza (SRFOR), célula existente dentro da SESA.

O Programa Ponto de Luz é um serviço de acolhimento, atendimento, cuidados e tratamento para a violência sexual, configurando-se como rede de proteção e combate ao abuso e à exploração sexual, devendo estar em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente (Brasil, 2024) e com a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência, no que se refere ao eixo estratégico de cuidado integral à saúde, especificamente na necessidade de organização dos serviços de saúde para um acolhimento humanizado, integrado e no atendimento emergencial e multidisciplinar pelos hospitais, conforme

¹³ Informações retiradas do site do Governo do Estado/SESA em: <<https://www.ceara.gov.br/2021/03/01/pontos-de-luz-rede-de-atencao-a-mulheres-jovens-e-criancas-em-situacao-de-violencia-e-ampliada/>>. Acesso em: 30 nov. 2024.

¹⁴ Ata de reuniões do Hospital Infantil Albert Sabin.

¹⁵ Dados institucionais do Hospital Infantil Albert Sabin.

organização da rede de referência instituída e legislação vigente (Secretaria de Saúde do Estado, 2023).

O fluxograma do Programa Ponto de Luz no HIAS¹⁶ demonstra todas as etapas do atendimento profissional, sendo uma importante ferramenta na ordenação e fluxo do atendimento, tendo por objetivo aperfeiçoar os processos de trabalho facilitando a análise e a gestão dos procedimentos realizados.

A criança e o adolescente acompanhados por seu familiar ou responsável ao chegarem à emergência do HIAS se dirigem inicialmente à recepção onde é feito o boletim de emergência, sendo encaminhados à sala de acolhimento e classificação de risco que é realizado por enfermeiros. Ressalta-se que tendo por objetivo dar agilidade ao atendimento deste público específico a classificação dada é sempre de prioridade ao atendimento médico. No consultório é feito o atendimento médico, podendo ser solicitados exames laboratoriais e de imagem, bem como encaminhamento para sala de medicação se necessário, com a garantia de prioridade de retorno após liberação dos exames, sendo inclusive indicada internação hospitalar quando necessária. Após o atendimento médico, criança ou adolescente e seu familiar ou responsável são encaminhados para atendimento do serviço social e da psicologia. Referente ao serviço de psicologia destaca-se que não há este profissional em plantão 24 horas na emergência, o que prejudica o atendimento de crianças e adolescentes que chegam durante o período noturno ou de madrugada e ficam sem receber esse acolhimento psicológico tão importante nos casos de violência sexual.

Portanto, o atendimento multiprofissional na emergência se dá separadamente na maioria das vezes, podendo haver a possibilidade de revitimização das crianças, adolescentes e familiares em caso de serem questionados para contar/repetir o ocorrido para vários profissionais em momentos diferentes. Esta é uma fragilidade no atendimento da emergência apontada pela pesquisa, pois não assegura que o atendimento multiprofissional seja realizado concomitantemente, propiciando um melhor acolhimento deste público e melhor resolutividade com a contribuição dos diversos saberes envolvidos, evitando desta forma situações de revitimização.

Por outro lado, o atendimento multiprofissional do ambulatório é feito conjuntamente entre profissional médico, assistente social e psicólogo, possibilitando assim um atendimento mais humanizado com o olhar de diversos saberes que se complementam no manejo das ações realizadas. Acrescenta-se que também é assegurado a nível ambulatorial no

¹⁶ Fluxograma do atendimento do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin

HIAS que esta criança ou adolescente tenha acompanhamento psicológico individualizado, haja vista a necessidade de cuidados emocionais a serem prestados a este público no seu processo de ressignificação após a violência sexual sofrida.

Ainda no tocante a necessidade de qualificação dos trabalhadores para o atendimento das pessoas em situação de violência, previsto no eixo estratégico de cuidado integral à saúde na Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria de Saúde do Estado, 2023), bem como definido como um dos objetivos da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança em promover a produção de conhecimento, a pesquisa e a avaliação dos resultados das políticas de prevenção e de combate (Brasil, 2024), a coordenação local do Programa Ponto de Luz no HIAS vem promovendo momentos de capacitações com os profissionais de saúde, sendo essa experiência denominada de Imersão no Ponto de Luz¹⁷, acontecendo na modalidade presencial e online.

Apontando nesta mesma perspectiva de qualificação dos profissionais de saúde, a SESA lançou em junho de 2024 o manual sobre o Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente e Mulher em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024), cuja pesquisadora participou como membro colaborador na construção do referido manual.

Segundo o manual sobre o Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente e Mulher em Situação de Violência, a Rede de Pontos de Luz são arranjos organizativos de diferentes densidades tecnológicas e complexidades, com o objetivo de garantir a integralidade no cuidado, devendo estar articulados, integrados, com apoio técnico e logístico, dispondo de medicamentos e outros insumos necessários. No Ceará, a Rede Pontos de Luz possui num conjunto de serviços em vários níveis de complexidade, da Atenção Primária, da Atenção Especializada, da Atenção Terciária, com a finalidade de acolher as pessoas em diversas situações de violência, ofertando ainda serviços ambulatoriais e hospitalares para o cuidado às pessoas em situação de violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024).

O Monitoramento da Política de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes¹⁸ realizado pelo Fórum DCA em 2024, refere que a Rede Pontos de Luz criada Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) em 44 cidades é um programa estadual que oferta serviços organizados para acolher as crianças, adolescentes e mulheres que sofrem violência sexual, em níveis ambulatoriais, hospitalares e psicossociais e em Fortaleza

¹⁷ Dados institucionais do Hospital Infantil Albert Sabin.

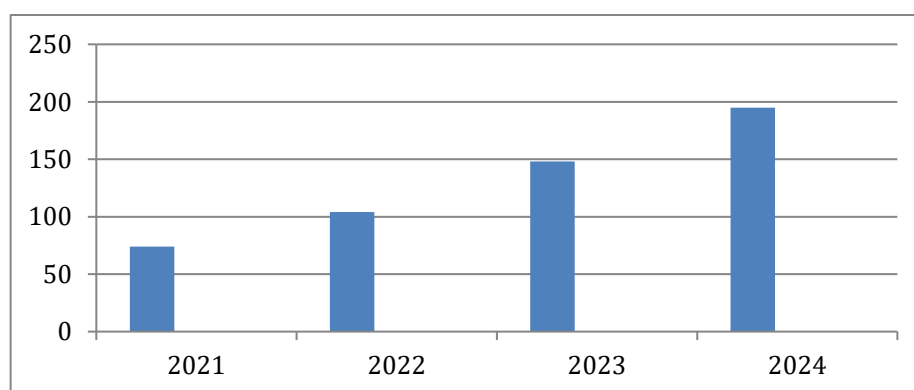
¹⁸ Disponível em: < <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzQXKhJZKWJMrcrVMcQJxpksrTMS?projector=1&messagePartId=0.1> >. Acesso em: 15 mar. 2025.

conta com cinco hospitais sendo quatro unidades estaduais e uma municipal. Dentre estes, destaca-se o Hospital Infantil Albert Sabin, que é referência no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sendo ofertado um serviço especializado, tendo por objetivo evitar a revitimização deste público atendido.

Ainda segundo o monitoramento referido acima, o HIAS tem realizado formações permanentes e sistemáticas com os profissionais de saúde para garantir um atendimento de qualidade, no entanto apresenta alguns desafios, como a necessidade de melhoria da estrutura física com salas devidamente estruturadas para a escuta sigilosa no atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias, disponibilização de profissional da psicologia em plantão de 24 horas e baixa adesão dos/as demais profissionais do hospital que não estão ligados diretamente à equipe de atendimento às vítimas de violência e não se percebem como parte importante para assegurar um atendimento humanizado dentro da unidade hospitalar.

De acordo com os dados institucionais do Monitoramento de Violação de Direitos¹⁹ (2024) levantados pelo serviço social do Hospital Infantil Albert Sabin, em 2021 foram atendidos 74 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, em 2022 foram 104 casos, em 2023 foram 148 casos e em 2024 foram 195 casos, comprovando um aumento significativo no atendimento do Programa Ponto de Luz com o passar dos anos, conforme gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1 – Número de atendimentos do Programa Ponto de Luz no Período de 2021 a 2024.



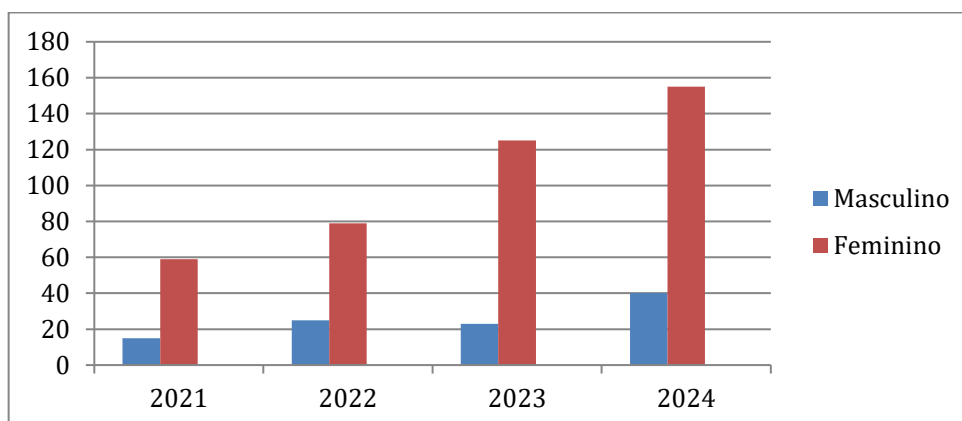
Fonte: Dados do Monitoramento de Violação de Direitos do HIAS, 2025.

Ainda com base nestes dados institucionais do monitoramento, as maiores vítimas da violência sexual são do sexo feminino nos quatro anos referidos: em 2021 (59 meninas),

¹⁹ Dados do relatório institucional do monitoramento das violações de direitos de crianças e adolescentes realizados pelo serviço social do Hospital Infantil Albert Sabin.

2022 (79 meninas), 2023 (125 meninas) e 2024 (155 meninas), estando especificado esse dado no gráfico 2 abaixo.

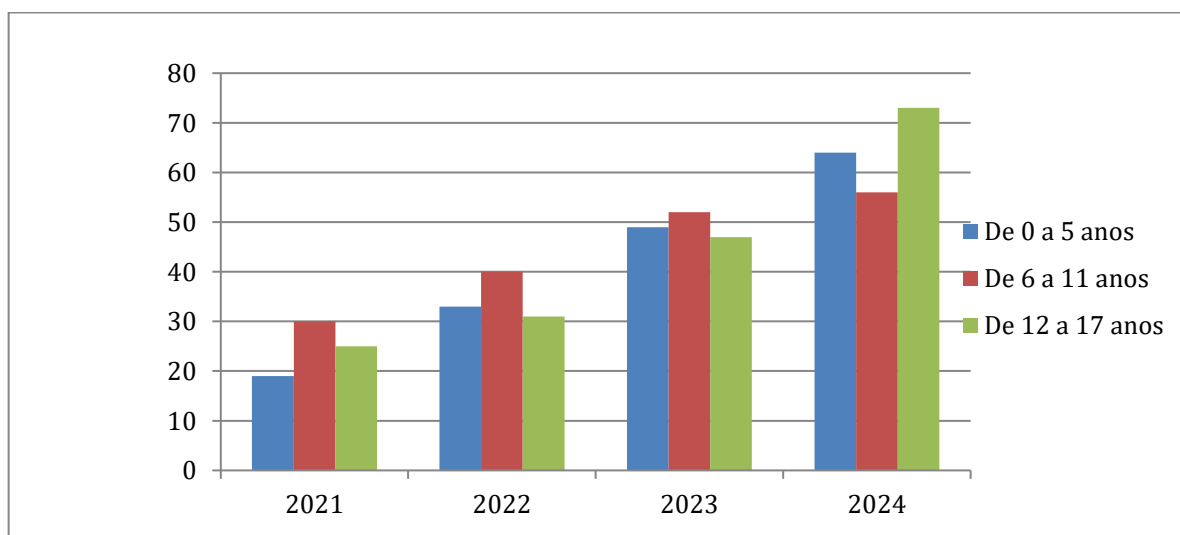
Gráfico 2 – Número de atendimentos do Programa Ponto de Luz por sexo.



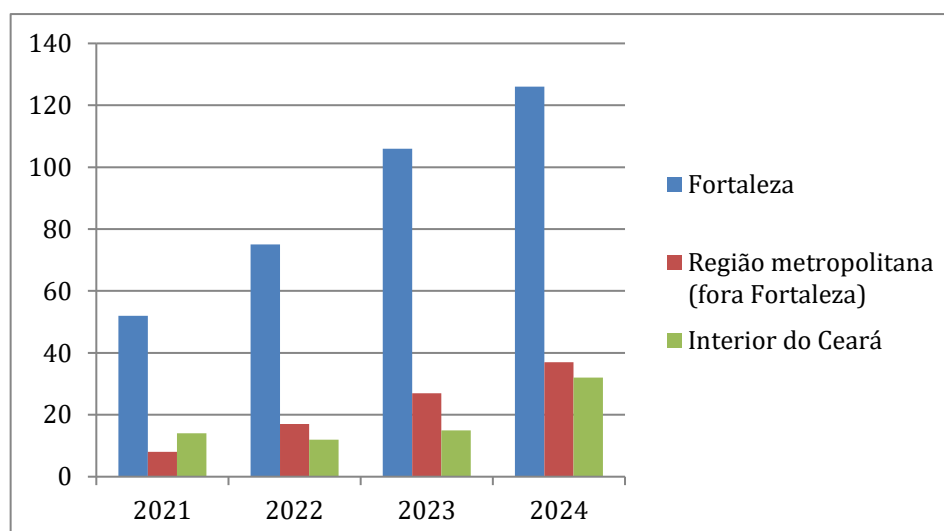
Fonte: Dados do Monitoramento de Violação de Direitos do HIAS, 2025.

A faixa etária de 6 a 11 anos foi a mais vitimizada nos anos de 2021 (30 casos), 2022 (40 casos) e 2023 (52 casos). No ano de 2024 foi a faixa etária de 12 a 17 anos que teve o número mais expressivo com 73 casos, seguido de 0 a 5 anos (64 casos) e de 6 a 11 anos de idade (56 casos), demonstrando certa igualdade na distribuição da faixa etária, atingindo essa violência toda as idades da infância e adolescência durante este ano referido. No gráfico 3 abaixo observa-se que nos quatro os anos a violência sexual esteve presente em todas as faixas etárias com quantitativos próximos, apontando a vulnerabilidade de crianças e adolescentes em todas as idades à vivência da violência sexual.

Gráfico 3 – Números de atendimentos do Programa Ponto de Luz por faixa etária



Fonte: Dados do Monitoramento de Violação de Direitos do HIAS, 2025.

Gráfico 4 – Números de atendimentos do Programa Ponto de Luz por precedência

Fonte: Dados do Monitoramento de Violação de Direitos do HIAS, 2025.

Quanto ao município de residência das crianças e adolescentes atendidas, a cidade de Fortaleza apresenta o maior quantitativo nos quatro anos mencionados, em 2021 (52 casos), 2022 (75 casos), 2023 (106 casos) e 2024 (126 casos), sendo demonstrado no gráfico 4 também o quantitativo de atendimentos dos residentes na região metropolitana de Fortaleza (fora Fortaleza) e no interior do Ceará. Esse dado pode ser explicado pelo fato da Rede Ponto de Luz estar estruturada em algumas áreas descentralizadas de saúde em 44 cidades ofertando serviços organizados para acolher as crianças, adolescentes e mulheres que sofrem violência sexual, em níveis ambulatoriais, hospitalares e psicossociais, conforme especificado no Monitoramento da Política de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes²⁰ realizado pelo Fórum DCA em 2024, o que diminui o número de atendimentos no Programa Ponto de Luz no HIAS dos residentes na região metropolitana, exceto Fortaleza e interior do Ceará.

Em relação aos dados institucionais descritos acima, a forma de ingresso no Programa Ponto de Luz no ano de 2024 se deu por identificação no internamento ou ambulatório do HIAS (19 casos) por encaminhamento pelo sistema de garantia de direitos (143 casos), por demanda espontânea (30 casos) e não se aplica (3 casos). Desta forma, evidencia-se a importância do sistema de garantia de direitos na identificação e

²⁰ Disponível em: < <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzQXKhJZKWJMrcrVMcQJxpksrTMS?project=1&messagePartId=0.1> >. Acesso em: 15 mar. 2025.

encaminhamento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes para o atendimento de saúde.

Quadro 2 – Equipamentos do Sistema de Garantia de Direitos que referenciaram crianças e adolescentes para o HIAS em 2024.

EQUIPAMENTOS	Nº REFERENCIADO	PERCENTUAL
DECECA	58	40,56%
Outras delegacias de Polícia	6	4,20%
Conselho Tutelar	18	12,59%
Casa da Criança e do Adolescente	6	4,20%
Instituições de acolhimento	2	1,40%
Instituição de saúde	49	34,27%
Ministério Público	1	0,70%
PEFOCE	3	2,10%
TOTAL	143	100%

Fonte: Dados do Monitoramento de Violação de Direitos do HIAS.

Referente ao quadro 2 descrito acima, os equipamentos do sistema de garantia de direitos que referenciaram crianças e adolescentes para o HIAS em 2024, foram a Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente (DECECA) com 58 casos, outras delegacias de Polícia (6 casos), Conselho Tutelar (18 casos), Casa da Criança e do Adolescente (6 casos), instituições de acolhimento (2 casos), instituições de saúde (49 casos), Ministério Público (1 caso) e Perícia Forense do Estado do Ceará (PEFOCE) com 3 casos. Estes números expressivos de referenciamento da DECECA e das instituições de saúde apontam a importância destes dois equipamentos na garantia do atendimento de saúde de crianças e adolescentes vitimados pela violência sexual.

Portanto, o acompanhamento do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin estão contemplados nos dados do monitoramento de violações de direitos de crianças e adolescentes produzidos pelo serviço social do HIAS mencionado acima, sob a coordenação local do Programa.

Os dados da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil são alarmantes, mesmo considerando o cenário de subnotificação dos casos, e a violência cometida contra as crianças, as quais muitas vezes não possuem a capacidade de compreender o ato violento a que estão submetidas, acabam dificultando assim sua proteção e a responsabilização dos agressores (Ministério da Saúde, 2024).

As conquistas trazidas pela legislação e direitos da infância e adolescência são um importante recurso para avançar na superação da subnotificação, pois promove maior clareza

em relação ao fenômeno da violência, estimulando investimentos direcionados ao seu enfrentamento (Cezar; Arpini; Goetz, 2017).

Os dados epidemiológicos sobre a ocorrência da violência sexual contra crianças e adolescentes são baseados, principalmente, em casos notificados, ou seja, não abrangem a totalidade de ocorrências, tendo em vista que existem casos não notificados, podendo dar a falsa impressão de que a violência sexual é um fenômeno raro (Williams, 2011).

Associado a este cenário de subnotificação desses casos, ainda ocorre à falta de sistematização das informações, o despreparo dos profissionais e de padronização das ferramentas de notificação, contribuindo para a dificuldade em se obter dados válidos (Hohendorff; Habigzang; Koller, 2014).

O Monitoramento de Violação de Direitos²¹ (2024) do HIAS aponta que em relação ao profissional de saúde quem mais preencheu a ficha de notificação do SINAN no ano de 2024 foi o assistente social (108 casos), seguido do médico (42 casos) e da equipe multiprofissional (11 casos), de acordo com o quadro 3 abaixo. Os dados expressam como a categoria de serviço social do HIAS vem se tornando protagonista no seu papel ético-profissional na viabilização da garantia de direitos de seus usuários, reafirmando os preceitos éticos que definem a conduta da profissão, previstos na Lei nº 8.662/93 (Brasil, 1993), como também vem exercendo importante atuação na alimentação e sistematização dos dados no monitoramento dos casos de violações de direitos de crianças e adolescentes, os quais são de extrema importância, pois dão a dimensão dos atendimentos do Programa Ponto de Luz no HIAS, sendo uma ferramenta imprescindível para avaliação deste programa no cenário hospitalar e no âmbito estadual da Rede Pontos de Luz.

Quadro 3 – Profissional que preencheu a ficha de notificação do SINAN

PROFISSIONAL QUE PREENCHEU A FICHA DE NOTIFICAÇÃO	QUANTITATIVO 2024
Assistente social	108
Enfermeiro	2
Médico	42
Psicólogo	4
Equipe Multiprofissional	11
Outros Serviços	2
Não se aplica	26
TOTAL	195

Fonte: Dados do Monitoramento de Violação de Direitos do HIAS, 2025.

²¹ Dados do relatório institucional do monitoramento das violações de direitos de crianças e adolescentes realizados pelo serviço social do Hospital Infantil Albert Sabin.

Para Cezar, Arpini e Goetz (2017) a notificação compulsória da violência, apesar de ainda ser um desafio no campo da saúde pública, configura-se como um importante instrumento de proteção às crianças e aos adolescentes, principalmente quando integrado a outras práticas de cuidado e às políticas públicas direcionadas à proteção deste segmento e suas famílias.

Compreende-se que a existência do Programa Ponto de Luz no HIAS e o crescente aumento de atendimentos realizados, segundo dados institucionais, vêm demonstrando a extrema importância deste serviço na integralidade do cuidado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, tornando-se cada vez mais referência no estado do Ceará.

No capítulo seguinte será detalhado o percurso metodológico da pesquisa, descrevendo a perspectiva avaliativa priorizada no estudo, a abordagem metodológica da pesquisa, o lócus da pesquisa, os participantes da pesquisa, a análise dos dados coletados, o instrumento de coleta de dados e os aspectos éticos da pesquisa.

5 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Tendo como finalidade avaliar o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin, adotou-se como procedimento metodológico a abordagem qualitativa, contemplando uma revisão bibliográfica, documental e de campo, equivalente a uma pesquisa avaliativa, do tipo em profundidade, conforme propõe Rodrigues (2008). Para tanto, o Programa Ponto de Luz foi avaliado a partir dos eixos de conteúdo do programa (formulação, bases conceituais e coerência interna) e o contexto de formulação, acrescido da pesquisa de campo com as famílias de crianças e adolescentes atendidos.

O percurso metodológico da pesquisa será dividido em tópicos, quais sejam: a perspectiva avaliativa priorizada no estudo; abordagem metodológica da pesquisa; lócus da pesquisa; participantes da pesquisa; análise dos dados coletados; instrumento de coleta de dados e aspectos éticos da pesquisa.

5.1 A pesquisa avaliativa priorizada no estudo

O estudo utilizou a pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa do Programa Ponto de Luz que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual a partir das percepções trazidas pelos seus familiares acerca do atendimento realizado.

A autora Boschetti (2009) entende que a avaliação de políticas públicas sociais se dedica “a compreender a configuração das políticas sociais, o que pressupõe conhecer e explicitar sua dimensão, abrangência, funções, efeitos, enfim, todos os elementos que atribuem significado às políticas sociais” (p.02).

Costa e Castanhar (2003) alertam que o processo de avaliação deve ser contínuo e permanente, não se restringindo apenas ao final do ciclo, já que a avaliação tem por objetivo orientar os tomadores de decisão quanto à continuidade, a necessidade de correções ou até mesmo a suspensão de uma determinada política ou programa.

A partir da década de 1980 ocorre no Brasil à expansão da demanda por avaliação de políticas públicas e programas sociais mediante a forte pressão dos movimentos sociais que exigiam políticas sociais universalizadas como direito de cidadania (Silva e Silva, 2008). Cunha (2006) aponta algumas razões para a demanda por avaliação de programas sociais no país, quais sejam: a crise fiscal brasileira; o aprofundamento da democracia, que trouxe novos atores sociais e reivindicações aos governos; a longa crise econômica brasileira que aumentou a desigualdade social e a busca pelos programas sociais do governo; a desestruturação da

função de planejamento, que deixou os governantes sem elementos de informação e avaliação.

Rodrigues (2008, p.08) reitera a relevância da avaliação das políticas públicas,

Vale destacar, contudo, que a relevância dada ao tema a partir dos anos 1990 deveu-se, principalmente, à situação de dependência do país frente às agências financiadoras internacionais, como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento – BIRD e Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, que passaram a exigir, com mais critério, a elaboração de sistemas de monitoramento de avaliação dos projetos por eles financiados.

A mesma autora ainda ressalta que as estratégias de avaliação do BID e do BIRD seguem os padrões tradicionais de avaliação, sendo modelos positivistas, pois utilizam abordagens lineares e testes de hipóteses pela mensuração do objeto de estudo, limitando a avaliação à percepção dos resultados frente aos objetivos formulados ou sua eficácia, relação metas-resultados, relação custos-benefícios ou eficiência e avaliação de impactos (efetividade em relação ao proposto/previsto).

Holanda (2006) descreve que existe uma descontinuidade e dispersão nas tentativas de avaliar os programas sociais, pois os resultados não são sistematizados e documentados, e isso se deve ao fato de que os governos sempre deram mais ênfase ao processo de formulação de planos e elaboração de projetos, do que as etapas de acompanhamento e avaliação.

Observa-se que nos últimos anos tem ocorrido um crescimento dos estudos da área de políticas públicas no Brasil. Conforme Arretche (2003) multiplicaram-se as dissertações e teses sobre temas relacionados às políticas governamentais; disciplinas de políticas públicas foram criadas ou inseridas nos programas de graduação e pós-graduação; surgiram linhas de pesquisa especialmente voltadas para essa área; instituíram-se agências de fomento à pesquisa, assim como linhas especiais de financiamento para a área.

Para Ramos e Schabbach (2012, p. 1275), a avaliação acadêmica “é mais formal e enfoca a efetividade das políticas, seus impactos e benefícios; por sua vez, a avaliação da implementação privilegia o exame de sua eficiência e eficácia”.

Em relação ao tipo de avaliação, foi adotado o estudo em profundidade, que conforme Rodrigues (2008) traz novos paradigmas e conceitos de avaliação, propondo uma avaliação mais aprofundada das políticas públicas, considerando o contexto em que estas se inserem e compreendendo as dimensões complexas que são formuladas e implantadas. Acrescenta que para a efetivação de uma proposta de avaliação em profundidade de políticas

públicas de caráter social, torna-se imprescindível que os trabalhos contemplem os seguintes eixos de análise: conteúdo da política e/ou do programa, abordando sua formulação, bases conceituais e coerência interna; análise do contexto de formulação da política; trajetória institucional de um programa e espectro temporal e territorial.

Para a obtenção do objetivo deste estudo, a pesquisadora definiu que na avaliação em profundidade do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin foram adotados somente os eixos de conteúdo do programa (formulação, bases conceituais e coerência interna) e o contexto de formulação, haja vista o pouco tempo exequível da pesquisa. Sendo assim definidos pela autora Rodrigues (2008):

1. Análise de conteúdo do programa com atenção a três aspectos: formulação: objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação; bases conceituais: paradigmas orientadores e as concepções e valores que os informam, bem como os conceitos e noções centrais que sustentam essas políticas; coerência interna: não-contradição entre as bases conceituais que informam o programa, a formulação de sua implementação e os itens priorizados para seu acompanhamento, monitoramento e avaliação. Esses três aspectos dizem respeito à análise do material institucional sob forma de leis, portarias, documentos internos, projetos, relatórios, atas de reuniões, fichas de acompanhamento, dados estatísticos e outros.
2. Análise de contexto da formulação da política: Levantamento de dados sobre o momento político e as condições socioeconômicas em que foi formulada a política em estudo, com atenção para a articulação entre as instâncias local, regional, nacional, internacional e transnacional. Apreensão do modelo político, econômico e social que sustentou a política à época de sua formulação. Levantamento de outras políticas e programas correlacionados à política em foco. Atenção ao marco legal que ampara a política, articulando-o ao contexto referido nos itens anteriores (p.11-12).

Rodrigues (2008, p.11) ainda refere que “a proposta de uma avaliação em profundidade implica, ainda, considerá-la como extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, que por si só, coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa”.

Na pesquisa em profundidade, segundo Rodrigues (2008), é essencial que o viés interpretativista seja usado no lócus empírico como fonte de conhecimentos orientando os processos de implantação de programas, bem como sua avaliação. Para tanto, algumas técnicas e instrumentos devem ser utilizados, tais como: questionários em novos e diversos formatos; grupos focais que inovem em relação às propostas tradicionais; entrevistas de profundidade aliadas às observações de campo; análise de conteúdo do material institucional, dentre outros.

5.2 Abordagem metodológica da pesquisa

A presente pesquisa adotou abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, com estudo bibliográfico, documental e de campo. Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ao trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Flick (2009), é um mito dizer que a pesquisa qualitativa não parte da teoria existente, pelo contrário, reitera que a pesquisa qualitativa deve estar pautada em teorias existentes e em resultados da pesquisa empírica. Afirma que ao planejar um projeto de pesquisa existem quatro formas de conhecimento teórico a serem seguidos, quais sejam oriundos dos fundamentos epistemológicos, a perspectiva de pesquisa, a pergunta da pesquisa e os métodos a serem utilizados.

Minayo (2008) aponta que o objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos, pois trata do mundo das relações, representações e intencionalidades.

A pesquisa utilizou os dados secundários de estudo bibliográficos e documentais. Gil (2008) considera que a pesquisa documental tem muita semelhança com a pesquisa bibliográfica, tendo como diferenciação a natureza das fontes. Enquanto esta se utiliza das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental recorre a materiais que não passaram por um processo analítico, ou que podem ser repensados mediante os objetivos da pesquisa. Para a caracterização dos participantes da pesquisa foram utilizados dados sociodemográficos, ou seja, idade, raça, gênero, escolaridade, orientação sexual, ocupação, presença de deficiência e a cidade onde moram, os quais foram respondidos pelos próprios familiares no decorrer das entrevistas.

Minayo (2007) consideram que:

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelece uma interação com os "atores" que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social (p.61).

Na perspectiva qualitativa, com tipologia descritiva, a pesquisa deve ser construída com rigor mediante a organização dos meios pertinentes para obtenção dos dados. A principal vantagem deste método encontra-se na oportunidade de explorar pressupostos que

interferem na nossa compreensão do mundo social, sendo particularmente adequada para áreas, temas ou problemas que não são bem conhecidos ou sem respostas apropriadas (Flick, 2009).

5.3 Lócus da pesquisa

O cenário escolhido foi o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), referência em pediatria no Estado de Ceará, considerado de nível de complexidade terciária, sendo ainda reconhecido como instituição de ensino e pesquisa.

O HIAS trata-se de um órgão da administração pública estadual, gerido pela Secretaria da Saúde do Ceará, com inauguração em 26 de dezembro de 1952, sendo inicialmente chamado de Hospital Infantil de Fortaleza (HIF), dispondo de apenas 03 enfermarias para receber crianças doentes do interior do estado. Esta iniciativa de implantação foi considerada pioneira, pois, até então, não existia em funcionamento no Ceará nenhuma unidade hospitalar voltada exclusivamente para o atendimento às crianças. Em 1976 foi inaugurada uma nova unidade oferecendo serviços de pediatria geral, assistência materna infantil e neurologia, e em 17 de julho de 1977 por ocasião da visita do Dr. Sabin ao hospital, passa a se chamar Hospital Infantil Albert Sabin²².

Atualmente, o HIAS tem credenciamento pelo Ministério da Saúde para realizar procedimentos de alta complexidade, com nível de atenção terciária, em oncologia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca e cirurgia craniofacial, dispondo de emergência clínica e cirúrgica em pediatria, UTI Infantil e Neonatal, trinta áreas de atuação e quatorze serviços técnicos de diagnóstico e terapia, sendo também certificado desde 2006 pelos Ministérios da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino, de acordo com a portaria interministerial nº 337, de 14 de fevereiro e contratualizado em 12 de dezembro do mesmo ano pela portaria nº 3145, reconhecido, portanto, como Centro de Referência Nacional para a Promoção da Saúde da Criança e do Adolescente e com área de atuação abrangendo todo o estado do Ceará e a pacientes de outros estados²³.

²² Informações retiradas do site do Governo do Estado/SESA em: <<https://www.saude.ce.gov.br/2008/10/31/hias/>>. Acesso em: 30 jan. 2025.

²³ Informações retiradas do site do Governo do Estado/SESA em: <<https://www.saude.ce.gov.br/2008/10/31/hias/>>. Acesso em: 30 jan. 2025.

5.4 Participantes da pesquisa

A população da pesquisa foi composta exclusivamente por familiares das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos na emergência e no ambulatório do Programa Ponto de Luz, não sendo entrevistado nenhum responsável por crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional²⁴. Foi rigorosamente obedecido o critério de inclusão, ou seja, que o mesmo familiar teria que ter participado tanto do atendimento da emergência como do ambulatorial, sendo entrevistados 8 (oito) participantes, constando no banco de registros dos atendimentos concomitantes (serviço de emergência e ambulatorial), sendo considerado um quantitativo relevante ao se tratar de pesquisa qualitativa.

Ressalta-se que inicialmente foram pensados no quantitativo de 15 (quinze) famílias, entretanto devido ao pouco tempo de realização da pesquisa de campo e da sua dependência de concretude mediante a agenda de atendimento do ambulatório do Programa Ponto de Luz, que ficou paralisado por substituição de profissional médico no mês de janeiro do corrente ano, reiniciando somente no mês de fevereiro, não foi possível adotar o quantitativo de participantes previsto anteriormente, ficando em 8 (oito) famílias.

A principal dificuldade na viabilização do aumento do número de entrevistados se deu pela taxa considerável de faltosos, ou seja, da ausência das crianças e adolescentes e seus familiares que não compareceram ao dia agendado para o atendimento ambulatorial do Programa Ponto de Luz, momento em que ocorreu a pesquisa de campo.

Todos os participantes da pesquisa foram atendidos no serviço de emergência e no ambulatório durante o período de 2024 e 2025. Nenhum familiar abordado pela pesquisadora recusou a participação na pesquisa e todos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (em apêndice).

5.5 Análise dos dados coletados

Como ferramenta para análise dos dados coletados, utilizou-se a análise de conteúdo (Bardin, 2008), na qual buscam compreender os sentidos das falas, expressões, propiciando um diálogo entre as categorias e os relatos dos participantes da pesquisa,

²⁴ São instituições que acolhem temporariamente crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados ou ameaçados. O acolhimento institucional é uma medida protetiva prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

comumente utilizada em pesquisas qualitativas. Para tanto, adotou-se a seguinte organização: (1) caracterização dos sujeitos participantes do estudo; (2) análise das falas dos participantes extraídas das entrevistas, após leitura exaustiva e categorização e (3) interpretação e análise das falas e conteúdos obtidos.

Inicialmente foram pensadas como categorias de análise a violência sexual contra criança e adolescente, humanização do atendimento na área da saúde e revitimização de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sendo posteriormente reafirmadas como categorias de análise indispensáveis a humanização e a revitimização para o objetivo deste estudo a partir das falas dos participantes da pesquisa.

Moraes (1999) descreve que a análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de documentos e textos, possibilitando ao pesquisador reinterpretar as mensagens, a fim de obter uma compreensão de seus significados que vão além de uma leitura comum, pois representa uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias.

Os dados coletados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, do tipo temática, proposta por Bardin (2008) que compreende um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados à pesquisa qualitativa com o objetivo de compreender os discursos dos sujeitos.

5.6 Instrumento de coleta de dados

A técnica utilizada para a coleta de dados se deu por meio de entrevista em profundidade, com utilização de questionário semiestruturado (em apêndice). A entrevista em profundidade é classificada como não estruturada, baseando-se na realidade do entrevistado, permitindo que estes falem o mais livremente possível, sem utilizar perguntas objetivas com possibilidade de induzir a determinadas respostas, cabendo ao pesquisador conduzir quando necessário. Para Gil (2008) classifica-se como entrevista focalizada, a qual é livre, entretanto focada num tema específico, sendo bastante utilizada em situações experimentais, objetivando explorar a fundo alguma experiência vivida.

As entrevistas ocorreram na sala do serviço social do ambulatório do HIAS, garantindo assim total sigilo e privacidade para que as famílias livremente expressassem sua avaliação sobre o atendimento realizado. As falas foram gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas manualmente, sem utilização de qualquer programa para este fim,

garantindo assim a fidedignidade dos dados obtidos, bem como assegurando o devido sigilo das informações coletadas.

As entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro e março de 2025 em períodos quinzenais, nas terças-feiras no turno da tarde, momento em que ocorreram o atendimento ambulatorial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual do Programa Ponto de Luz no HIAS.

Os familiares das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual foram convidados a participar da entrevista após o atendimento multiprofissional realizado no ambulatório do Programa Ponto de Luz, sendo conduzidos à sala do serviço social para assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e iniciação do momento das entrevistas, enquanto as crianças e adolescentes eram atendidos pela equipe multiprofissional ou aguardavam em sala de espera.

Gil (2008) refere que há uma imensa utilização da entrevista na pesquisa social, pois esta é uma técnica que possibilita a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano e dos aspectos da vida social, sendo a mais flexível de todas as técnicas de obtenção de dados que dispõem as ciências sociais.

5.7 Aspectos Éticos da pesquisa

Atendendo ao disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos e da Resolução nº 580 do Conselho Nacional de Saúde, de 22 de março de 2018 (em anexo), que trata das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin com a exigência inicial de submissão das informações na Plataforma Brasil e somente iniciado após sua aprovação, mediante parecer consubstanciado nº 7.330.739 (em anexo).

Os participantes da pesquisa foram inicialmente esclarecidos dos objetivos do estudo, dos benefícios da pesquisa e dos riscos considerados mínimos, ou seja, de possíveis desconfortos e constrangimentos surgidos no decorrer da entrevista, assinando em seguida o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os participantes do estudo não tiveram benefícios diretos, entretanto foram esclarecidos dos benefícios da avaliação do Programa Ponto de Luz para a busca da qualificação e da humanização constantes nos atendimentos posteriores a crianças,

adolescentes e suas famílias, corroborando assim com o fortalecimento das políticas públicas de cuidado e proteção a este segmento. Portanto, os benefícios da pesquisa foram de fomentar para a sociedade a discussão sobre a importância de assegurar um atendimento humanizado de saúde às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, na perspectiva de fortalecimento da rede de proteção e garantia de direitos deste segmento.

Foi esclarecido aos participantes da pesquisa que não teriam nenhuma despesa para participar da presente pesquisa e não receberiam pagamento pela sua participação no estudo. Todas as despesas adicionais foram absorvidas pelo orçamento da pesquisa, de responsabilidade da pesquisadora.

A pesquisadora ainda se compromete de socializar em momento oportuno os resultados advindos do estudo aos demais profissionais e aos gestores do Hospital Infantil Albert Sabin, tendo em vista possibilitar reflexões sobre o cuidado e práticas de saúde voltadas a um atendimento humanizado e garantidor de direitos dos seus usuários.

No próximo capítulo será realizada a análise do Programa Ponto de Luz do Hospital Infantil Albert Sabin sob o olhar das famílias de crianças e adolescentes atendidos, dando destaque às falas trazidas sobre as práticas de humanização no atendimento multiprofissional e alguns aspectos da revitimização apresentados no atendimento de saúde.

6 ANÁLISE DO ATENDIMENTO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN SOB A PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS

Neste capítulo será analisado o atendimento do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin sob a perspectiva das famílias de crianças e adolescentes atendidos. Inicialmente será caracterizado o perfil sociodemográfico destas famílias e posteriormente serão analisadas as falas trazidas sobre as práticas de humanização no atendimento multiprofissional e os aspectos da revitimização ainda presentes no atendimento de saúde realizado.

6.1 Perfil sociodemográfico das famílias de crianças e adolescentes atendidos no Programa Ponto de Luz

Atendendo a exigência da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008), faz-se necessário inicialmente caracterizar o público participante da pesquisa. Para a identificação dos entrevistados optou-se em enumerar as famílias de 1 a 8, conforme ordem de participação nas entrevistas. Ressalta-se que a pesquisa foi realizada exclusivamente com os familiares de crianças e adolescentes atendidos no Programa Ponto de Luz do HIAS, cujo vínculo/parentesco está especificado no quadro 4 descrito a seguir.

Quadro 4 – Vínculo/parentesco.

Vínculo/parentesco	N	%
Genitor	1	12,5%
Genitora	5	62,5%
Avó	1	12,5%
Prima	1	12,5%
Total:	8	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Com base no quadro 4 acima, verifica-se que as crianças e adolescentes na maioria das vezes compareceram ao atendimento do Programa Ponto de Luz no HIAS acompanhados pela genitora, exercendo esta figura seu papel protetivo com mais frequência e em seguida vem o genitor, a avó e a prima com quantitativos iguais.

Segundo Baía, Magalhães e Veloso (2014) a compreensão do suporte materno é um construto multidimensional, em que pode ocorrer a credibilidade da mãe em relação à revelação da vítima, a realização de ações protetivas desta no sentido de prevenir outras vitimizações da criança/adolescente e, por fim, o reconhecimento e suporte dado ao possível *stress* da criança/adolescente após o abuso e a revelação.

O perfil sociodemográfico das famílias de crianças e adolescentes atendidos no Programa Ponto de Luz no HIAS, referente à idade, raça, ocupação, escolaridade, gênero, orientação sexual, presença de deficiência e cidade onde moram, foram explanados nos seguintes quadros ilustradas abaixo.

Quadro 5 – Perfil dos entrevistados.

Famílias	Idade	Raça	Ocupação	Escolaridade
Família 1	53	Parda	Microempreendedora	Ens. Fund. Completo
Família 2	55	Pardo	Catador de reciclagem	Ens. Fund. Incompleto
Família 3	29	Parda	Do lar	Ens. Fund. Incompleto
Família 4	41	Parda	Empregada doméstica	Ens. Médio Incompleto
Família 5	33	Parda	Do lar	Ens. Médio Incompleto
Família 6	30	Parda	Do lar	Ens. Médio Completo
Família 7	40	Branca	Professora	Ens. Sup. Completo
Família 8	38	Parda	Do lar	Ens. Médio Completo

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Com base nos dados do quadro 4, verifica-se que a faixa etária das famílias entrevistadas se encontra em sua maioria no intervalo de 30 a 55 anos, que a raça prevalecente é a parda, com maioria de ocupações de desemprego/do lar ou precariedade do trabalho e com baixa escolaridade, condições estas que definem um recorte social de baixa renda e de raça parda nas famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, apontando como a violência em suas múltiplas formas está presente nos lares de famílias mais pobres e pardas.

Com base no Boletim Epidemiológico de 2024 das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil no período de 2015 a 2021 (Ministério da Saúde 2024), a maioria das vítimas da violência sexual no país foram crianças e adolescentes negros (pardos N = 35.126, 42,2%; e pretos N = 5.812, 7,0%), portanto vindo de famílias

pardas e pretas, evidenciando que a violência sexual está também perpassada por questões de raça.

Quadro 6 – Perfil dos entrevistados.

Famílias	Gênero	Orientação sexual	Presença de deficiência	Cidade onde mora
Família 1	Feminino	Heterossexual	Não declarado	Fortaleza
Família 2	Masculino	Heterossexual	Não declarado	Fortaleza
Família 3	Feminino	Heterossexual	Não declarado	Fortaleza
Família 4	Feminino	Heterossexual	Não declarado	Redenção
Família 5	Feminino	Heterossexual	Não declarado	Fortaleza
Família 6	Feminino	Heterossexual	Não declarado	Fortaleza
Família 7	Feminino	Heterossexual	Não declarado	Fortaleza
Família 8	Feminino	Heterossexual	Não declarado	Fortaleza

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Baseado nos dados do quadro 6, o perfil dos entrevistados é na maioria do gênero feminino e todos declararam que são heterossexuais. Nenhum familiar declarou presença de deficiência e em sua maioria residem em Fortaleza. Referente à cidade de residência em Fortaleza, este dado está em consonância com os dados institucionais do Monitoramento de Violação de Direitos de Crianças e Adolescentes (2024) levantados pelo serviço social do Hospital Infantil Albert Sabin. Ainda ressalta-se que a Rede Pontos de Luz do Estado do Ceará conta com atendimentos ambulatoriais em alguns municípios polos de saúde, o que também justifica a maior incidência de famílias que residem em Fortaleza atendidas pelo ambulatório do Programa Ponto de Luz do HIAS.

Portanto, o perfil sociodemográfico dos entrevistados se constitui em sua maioria de adultos na faixa etária de 30 a 55 anos, da figura materna, do gênero feminino com orientação heterossexual, sem presença de deficiência declarada, de raça parda, com baixa escolaridade, residência em Fortaleza e ocupação do lar ou em situação de precariedade do trabalho, tendo por consequência baixa renda familiar e condições de trabalho sem garantia de direitos trabalhistas, estando desta forma em situações de vulnerabilidades sociais.

6.2 Práticas de humanização sob o olhar das famílias entrevistadas

A humanização trazida pela literatura neste estudo é compreendida como um direito dos usuários que deve ser assegurada pela política pública de saúde, em todos os âmbitos de atendimento do SUS em que usuários, trabalhadores e gestores têm responsabilidades compartilhadas nas tomadas de decisões de gestão, conforme defende a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2003).

Reforçando a importância do atendimento humanizado de saúde a pessoas vítimas de violência sexual, o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, vem estabelecer algumas diretrizes para o atendimento a essas vítimas pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde:

Art. 1º Este Decreto estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS, e as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação.

Art. 2º O atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS observará as seguintes diretrizes:

- I - acolhimento em serviços de referência;
- II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;
- III - disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima;
- IV - informação prévia à vítima, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- V - identificação e orientação às vítimas sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência e de unidades do sistema de garantia de direitos;
- VI - divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento de vítimas de violência sexual;
- VII - disponibilização de transporte à vítima de violência sexual até os serviços de referência; e
- VIII - promoção de capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, garantindo a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados (Brasil, 2013b)

Com base nos dados da pesquisa, todas as famílias avaliaram que o Programa Ponto de Luz no HIAS no cenário da emergência ofertou atendimento humanizado, sendo ressaltado o acolhimento dos profissionais envolvidos. Para a Lei nº 13.431/2017 (Brasil, 2017) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços para atenção integral à criança e ao adolescente em situação de violência devem garantir o atendimento acolhedor.

Eu nunca tinha me deparado com uma situação dessa, mas eu fui bem acolhida desde o primeiro momento que eu cheguei de ambulância fui bem tratada, muito bem tratada pelo atendimentos das pessoas lá fora na recepção, desde da recepção até os médicos, ao psicólogo, a assistente social, sempre me trataram bem direitinho. Eu cheguei aqui eu acho que era umas 9:00 e saí daqui já era quase 5:00 da tarde e até lá me acolheram muito bem. Graças a Deus né porque quando a gente passa por uma situação dessa fica meio atordoado sem saber o que fazer, mas eles me orientaram, o psicólogo também passou, me avaliou, conversou comigo, me deu força porque se tratava do meu filho né, eu não sabia o que fazer, como entender, mas eu fui muito bem acolhida (Família 1).

No dia que eu vim pela parte da manhã, veio eu e a minha esposa. A gente demorou porque a gente mora um pouco distante aqui do posto (leia-se HIAS), mas a respeito do atendimento foi ótimo, a gente foi bem recebido, tanto pelos seguranças como os profissionais aqui, graças a Deus a gente foi bem recebido (Família 2).

Me atenderam super bem, conversaram, quiseram saber o que aconteceu, eu expliquei direito, eles vieram com a assistência pra cima de mim, veio três pessoas e ficaram do meu lado, me escutaram, conversou, e eu gostei muito porque em todo canto que a gente é bem recebido, e aqui as pessoas me acolheram no momento que eu precisei aqui, eu e minha filha (Família 3).

Eu gostei muito da assistente social, ela é muito legal, atendeu muito bem a gente, foi diferente, porque no dia o conselho que veio. Me atenderam muito bem, ela gostou da assistente social. A mulher que tirou o sangue foi muito boa também (Família 4).

Eu achei o apoio foi muito bom, eu não tenho o que reclamar, que nem eu falei pra uma amiga, eu pensei que ia ser mais difícil, não é que está sendo fácil, mas o apoio está ajudando bastante. É como eu to dizendo foi realmente uma equipe. O acolhimento que eu esperava da família eu não tive, mas aqui eu tive, foi a família no lugar (Família 5).

Foi ótimo, eu e ele, a gente foi bem recebido, quando a gente chegou com o resultado do exame, chegou pra falar do assunto, aí todo mundo acolheu tanto na triagem quanto na médica. A gente foi super bem tratado, até na coleta de sangue foi super bem, a gente foi super bem tratado, foi ótimo, não tenho nada a reclamar (Família 6).

Assim que eu cheguei, que eu expliquei na recepção o que tinha acontecido né, imediatamente me trataram, como eu posso dizer, me trataram com rapidez, com muito respeito, eu me senti acolhida, imediatamente eu fui chamada, não demorei, tava bem lotado, mas nós não demoramos, tivemos prioridade e eu percebi que em nenhum momento minha filha ficava numa situação de revitimização (Família 7).

Fui bem recepcionada, fui bem orientada, eu passei pelo acolhimento né, também fui bem recebida. Foi ótimo no serviço social, gostei muito das meninas, me atenderam muito bem, eu chorei no dia lá e elas me acolheram (Família 8).

Em relação ao atendimento multiprofissional do Programa Ponto de Luz no cenário do ambulatório, todas as famílias relataram o acolhimento e o atendimento humanizado recebido pelos profissionais de saúde, havendo três relatos de demora pra ser atendido, sendo esta a principal dificuldade apontada.

Eu avalio como um bom atendimento fui bem acolhida por todos. Não tenho nada pra reclamar (Família 1).

Hoje a gente arrumou um transporte emprestado porque eu trabalho como catador e não tem todo dia infelizmente. Aí ele disse pai, a gente vai hoje de novo, pelo menos a titia vai dar a minha lembrancinha. O atendimento foi bom demais, são muito bem educadas, graças a Deus são bem falantes todas as três. Ave Maria o atendimento hoje foi uma maravilha, foi ótimo (Família 2).

Quando eu entrei as meninas, eu me senti muito acolhida porque não é em todo canto que a gente se sente assim, as pessoas conversam e viu um pouco como eu passo o dia a dia, deu pra elas verem que não é fácil, que o problema é um pouquinho sério, tem como elas me ajudar (Família 3).

Assim quando eu cheguei eu achei muito agitado (sala de espera do ambulatório), porque a primeira vez muita gente, aí ela se agitou mais, ela caiu no chão, porque muito barulho, mas eu entendo porque tem muitas crianças especiais igual a ela e piores que a minha filha, também entendo. Eu gostei, foi bom, elas me atenderam muito bem. E na próxima vai ser melhor ainda se Deus quiser (Família 4).

Eu achei elas bem atenciosas, falou bem a recepção, eu não tenho o que reclamar. Assim demora porque é muita gente, e pra você atender todo mundo então, então aquela coisa que realmente demora, mas foi um demorado que valeu a pena. Foi tudo bem hoje graças a Deus (Família 5).

Só a espera né porque a gente chegou aqui as 13:00 horas e demorou um pouquinho, mas foi ótimo o atendimento lá. Na emergência foi mais rápido. Gostei da médica, da assistente social, da psicóloga, são muito atenciosas elas. Só a espera de hoje né, por conta da ansiedade dele, na crise dele, mas graças a Deus deu tudo certo (Família 6).

Ela teve uma noite em claro, ela não conseguiu dormir e quando ela viu a lotação no hospital a gente ficou preocupada, assim como ela ia reagir e tava muito lotado, a gente ficou numa fila grande do tamanho que era o saguão de espera, aí foi um pouco difícil, ela pediu pra ir embora, querendo desistir da consulta, mas a gente, que bom que a gente conseguiu e a média de espera do atendimento foi de 1 (uma) hora, por mim eu compreendo, eu vi que tinham muitas pessoas pra serem atendidas, crianças com bastantes situações diferentes, talvez esperando muito tempo, se eu tivesse numa situação de emergência, se fosse no dia que aconteceu o caso, a gente com os nervos a flor da pele tivesse que passar por isso, eu teria ficado muito nervosa. Eu quero só assim, é agradecer vocês, porque tudo bem eu sei que o trabalho da equipe, vocês trabalham pra isso, mas a gente percebe que esse trabalho é feito realmente com humanização, eu nunca fui tratada aqui, muito pelo contrário, sempre as pessoas me trataram bem com educação, com respeito e eu torço pra que esse programa continue por muitos anos e possa ajudar mais crianças, mais jovens e mais mães que infelizmente estão nessa situação (Família 7).

O de hoje foi bom, aqui fora quando eu vi esse monte de gente eu pensava que ia passar e demorar, mas não, fui recepcionada, a moça disse que eu era a quinta, falou, me explicou quem tava na frente e eu fiquei aguardando. Eu gostei as meninas me

trataram bem, não é porque estou na sua frente, elas me ouviram, falaram, não tenho nada pra reclamar delas, me senti acolhida (Família 8).

Referente às práticas de humanização sob o olhar das famílias diferentes perspectivas foram levantadas, as quais estão baseadas na subjetividade, individualidade e no contexto histórico e sociocultural em que estas vivem. A humanização no contexto hospitalar deve considerar as características multidimensionais dos usuários atendidos em suas particularidades, reconhecendo e valorizando os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de todos os envolvidos (Adorno *et al.*, 2017).

Eu fui muito bem acolhida por eles, porque pra mim foi um choque né, mas ali no acolhimento deles foi muito satisfatório. Fui bem acompanhada e até mesmo a minha filha que é psicóloga também tava comigo e acolheram a gente muito bem, tava eu, minha filha, tava meu filho, então eles deixaram a gente ficar ali como família que está passando por uma situação difícil, mas eles nos acolheram porque é pra ir só a criança/adolescente e o acompanhante, mas eles deixaram nós ficar ali (Família 1).

Para a família 1, a prática de humanização mais importante no atendimento da emergência foi ter sido permitida a permanência de toda a família reunida, tendo em vista que em termos organizacionais de rotina na sala de espera da emergência apenas permanecem o paciente e seu respectivo acompanhante, sendo esta a necessidade da família naquele momento percebida pelos profissionais.

Passamos pelo médico, laboratório, não tenho nenhuma queixa pra dizer, foram excelentes com a gente, inclusive ele (a criança) até recebeu um lanche, até chegou em casa elogiando o lanche, fez questão de levar o biscoito para casa (Família 2).

As pessoas me acolheram muito bem, sabem conversar e chega pra gente querendo saber, explicar direito, soube falar né, porque tem gente que quando a gente chega no canto, eles não sabem falar, aqui não, soube falar, me explicaram muito bem e eu só tenho a agradecer. Ser ouvida, elas também me escutaram e me compreenderam o que eu tava passando. Eu gostei da psicóloga, eu tava na fila de espera do posto e não conseguia e aqui acho que vai ser muito mais rápido, porque aqui tem tudo que uma criança precisa, não precisa a gente tá em um canto em outro. A minha amiga disse que o doutor do posto me encaminhou pro canto certo, disse que aqui é o único canto que a gente é bem acolhida. Aqui tão me dando o suporte que eu preciso, eu e minha filha (Família 3).

Me atenderam muito bem, ela gostou da assistente social, deram um papel pra ela pintar lá também. Foi bem atendida a gente pela assistente social (Família 4).

Com base nas falas da família 2, a prática de humanização mais relevante foi o fato de ter sido oferecido lanche para a criança, sendo algo que tocou em especial durante o

atendimento realizado, marcante até para a criança. Esta família vive em condições de muita vulnerabilidade social por insegurança de renda, tendo como ocupação o trabalho informal de reciclagem.

Para a família 3, a humanização se deu pelo fato de ter recebido de forma adequada orientações, explicações, esclarecimentos sobre o que seria realizado, ter recebido escuta necessária, como também não ter tido demora para o atendimento da equipe multiprofissional, sem ficar longos períodos em fila de espera e da importância de ter todos os profissionais num só lugar, evitando assim o deslocamento para diferentes instituições. A família 4 referiu a atitude da profissional em dar um desenho para a criança pintar durante o atendimento. Ressalta-se que esta criança em questão tem o transtorno do espectro autista (TEA) com hiperfoco em pintura, concentrando-se na antessala mesmo sem a presença da genitora, que estava em sala vizinha em atendimento sigiloso realizado pelo serviço social.

A médica foi muito atenciosa quando eu passei pra ela o que tinha acontecido com a minha filha, porque no caso nesse dia eu não vim nem falar sobre isso, ela já fez todo o procedimento, tudo ajeitadinho, ela já me passou pra psicóloga na mesma hora, pra psicóloga daqui e a minha filha também. O serviço social, eles também me apoiaram, conversaram comigo, me explicaram né como ia fazer, foi todo aquele cuidado. Foi uma equipe de verdade, tanto da médica, como da serviço social, como da psicóloga, realmente foi uma equipe (Família 5).

A gente foi super bem tratado. Eles agilizaram logo tudo pra gente e foi bom. Super atenciosos com a gente, sempre ali perguntando, tirando dúvidas, a assistente social, a psicóloga também fez a reunião com a gente, foi ótimo o atendimento. Teve agilidade, gentileza dos profissionais, e a gente teve todas as informações. O tratamento foi muito bom (Família 6).

Referente à família 5, as práticas de humanização trazidas foram o fato de ter sido atendida por uma equipe multiprofissional, das intervenções realizadas imediatamente pela profissional médica ao ser comunicada da situação de violência sexual sofrida pela criança, bem como o suporte dos demais profissionais, o cuidado prestado e as informações repassadas para compreensão do atendimento a ser realizado. A família 6 reiterou o acolhimento recebido, a gentileza dos profissionais, a agilidade do atendimento e as informações repassadas pela equipe multiprofissional.

Minha filha foi respeitada nisso, deu pra perceber e ela também, sempre com prioridade a gente em todos os setores, era muito rápido, com prioridade e sem tocar no nome, na palavra que eu trouxe na hora da aflição, em nenhum momento usaram a palavra estupro. Era sempre uma paciente ponto de luz, esse cuidado, esse respeito. Inclusive hoje eu vim pra consulta, foi a primeira consulta com a infectologista e a equipe social, psicólogo, assistente social, pediatra e não parecia que eu tava sendo atendida em relação a esta circunstância, as palavras que são usadas pelos profissionais são é, não expõe a situação, são palavras que a gente compreende

porque elas não utilizam tantas palavras técnicas, permite que a gente receba o que está sendo falado, mas de forma muito sutil, inclusive de pedir licença pra minha filha sair, então isso faz com que a gente se abra e se sinta mais confiante. A gente sabe que o Albert Sabin é um hospital de referência pra vários tipos de doença, mas eu não imaginei que em relação a esse tipo de caso fosse ter esse cuidado, assim sempre que eu venho eu me sinto acolhida. Graças a Deus já passou pelo pior momento, ela já fez as medicações de profilaxia, ela está sendo cuidada, ela está sendo amparada, já tem o protocolo aberto, tudo que eu falo as pessoas já estão cientes porque está tudo descrito no protocolo dela, e isso me deixou confortável (Família 7).

A família 7 descreve várias práticas de humanização recebidas como a rapidez, a agilidade e a prioridade do atendimento em todos os setores, o cuidado ofertado, o fato de que a equipe já conhece a situação da paciente em prontuário, sem necessidade da genitora ter que repetir as informações já mencionadas no primeiro atendimento, as profilaxias recebidas, ou seja, o tratamento imediato para situações de violência sexual, como também o tratamento respeitoso dada a filha, pois em nenhum momento foi utilizado a palavra estupro, referente a ocorrência da violência sexual, sendo a mesma identificada pelos profissionais como paciente ponto de luz, acrescentando ainda a importância do momento de separação da filha durante o atendimento multiprofissional no ambulatório em que se sentiu mais confortável ao explicar situações de comportamento da paciente e para receber as devidas orientações da equipe no manejo dos cuidados com a filha em domicílio.

É importante frisar que tais condutas da equipe de profissionais relatadas pela família 7 evitaram a revitimização da paciente, já que em nenhum momento foi identificada pela violência sofrida, tendo o cuidado de atender o familiar sem a presença da paciente sempre que necessário, a fim de que esta não fique revivendo a violência sexual que sofreu, em conformidade com as ações de sigilo e privacidade previstos no manual de Cuidado à Saúde da Criança, Adolescente e Mulher em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024).

Foi a primeira vez que eu vim nesse hospital, não sabia nem que existia esse ponto de luz. Foi rápido, tinha até um pessoalzinho, mas ela foi chamada logo porque o dela é outro caso né, foi até rápido, não foi demorado não, eu só tive que esperar o exame de sangue sair para poder voltar na sala da médica. Eu vim pra cá à noite, eu acho que era depois das 20h00min. No dia não tive atendimento psicológico, foi só uma assistente social, ela ouviu a gente bastante, ela me ouviu bastante no caso e depois disse que iam ligar depois, pra agendar o negócio desse cartão aqui que recebi, que ela ia ser acompanhada, me deram uma carta para ir pra Casa da Criança (Família 8).

Em relação à família 8, também foi dado ênfase a rapidez e agilidade do atendimento na emergência, sendo o caso tratado como prioridade de atendimento. Ainda foi relatado que a paciente chegou no período da noite e que por sua vez não teve o acolhimento

psicológico, tendo em vista a inexistência de plantão 24 horas do serviço de psicologia, sendo esta fragilidade apontada pela pesquisadora anteriormente no contexto de avaliação do Programa Ponto de Luz no HIAS, como também está descrito no Monitoramento da Política de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes²⁵ realizado pelo Fórum DCA em 2024.

Pode-se perceber que o atendimento humanizado de saúde apontado pelas famílias entrevistadas, está em entendimento com algumas diretrizes propostas pelo Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, na rede de atendimento do SUS, em que prevê o acolhimento nos serviços de referência, atendimento humanizado com respeito à dignidade da pessoa, privacidade do atendimento, informação para compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento, orientações e divulgação de informações (Brasil, 2013b).

Deslandes (2004) em sua análise sobre a concepção de humanização defendida oficialmente pela Política Nacional de Humanização retrata a valorização da dimensão subjetiva-individual dos sujeitos, resgatando assim as subjetividades envolvidas no cuidado de saúde dos usuários. Humanizar significa respeitar às individualidades e a possibilidade de interação intersubjetiva entre profissionais e usuários (Azeredo; Schraiber, 2021).

Para Aniceto e Bombarda (2020), o conceito de humanização precisa reconhecer outras dimensões do processo saúde e doença, como os direitos dos usuários, de sua subjetividade e cultura. Deslandes (2004) ressalta ainda que as ideias de humanização são incompatíveis com a violência, pois defende ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos para o cuidado em saúde.

Ainda com base nas diretrizes para o cuidado à pessoa em situação de violência, o manual de Cuidado à Saúde da Criança, Adolescente e Mulher em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024), propõe as seguintes ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, as quais também foram encontradas nas falas das famílias entrevistadas ao avaliarem o Programa Ponto de Luz do HIAS no cenário da emergência e do ambulatório, quais sejam: atendimento integral, atendimento humanizado, equipe multiprofissional, profilaxia, proteção, intervenção, sigilo e privacidade, informações e orientações.

²⁵ Disponível em: < <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzQXKhJZKWJMrcrVMcQJxpksrTMS?project=1&messagePartId=0.1> >. Acesso em: 15 mar. 2025.

Quadro 7 – Ações a serem consideradas.

Ações	Descrição
Atendimento integral	Baseado em protocolos, procedimentos técnicos, fluxo assistencial compatível com a capacidade de atendimento, realidade local e normas legais vigentes. Ações de promoção em prevenção em paralelo.
Atendimento humanizado	Nas situações que envolvem violências, todos merecem cuidado e proteção: pessoa em situação de violência, familiares e os profissionais de saúde. Ouvir atentamente, sem julgamentos, questionamento e/ou preconceitos, discutir o caso e avaliar com os demais profissionais da equipe.
Equipe multiprofissional	Disponer de equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo e assistente social, e a participação de outros profissionais, de acordo com a capacidade de cada equipamento.
Profilaxia	Disponer de medicamentos para profilaxia de IST/HIV e contracepção de emergência, sempre que necessário.
Proteção	Disponer de informações complementares, pensar em forma de intervenção e encaminhamentos (medidas protetivas) junto à equipe.
Prevenção e promoção	Ações de prevenção e promoção necessitam caminhar em paralelo de forma integrada.
Sigilo e a privacidade	Obrigatório e deve ser garantido por todos os profissionais de saúde que prestam atendimento às pessoas em situação de violência.
Intervenção	Cabe à equipe multiprofissional decidir sobre a melhor forma de intervenção e proceder encaminhamentos quando necessário.
Notificação	Notificar no SINAN/MS em caso de suspeita ou confirmação de violência, de forma conjunta (membros da equipe).
Informar e orientar	Orientar a pessoa em situação de violência sobre seus direitos e encaminhamentos necessários.

Fonte: Manual para Profissionais de Saúde, 2024.

Desta forma, a humanização no contexto hospitalar deve considerar as particularidades dos usuários atendidos, revelando que existem diversas formas de oferecer um atendimento humanizado, sem nunca esquecer que deve ser sempre pautado nos direitos destes sujeitos, entendendo que a humanização enquanto política pública deve estar presente em todos os espaços do SUS, a fim de promover o enfrentamento da violência institucional geradora da revitimização de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

6.3 Aspectos da revitimização no atendimento multiprofissional de saúde

A violência institucional é aquela praticada por ação ou omissão nas instituições que prestam serviços públicos, configurando-se desde a falta de acesso ou má qualidade dos serviços prestados até aos abusos cometidos em decorrência das relações desiguais de poder entre profissional e usuários (Taquette, 2007). Portanto, a violência institucional é geradora da revitimização de crianças, adolescentes e suas famílias quando passam por experiências de violência ao procurar serviços de saúde. Esta violência sofrida pelos usuários, conforme Azeredo e Schraiber (2021) é um problema sério e está longe de ser pontual.

A revitimização em se tratando de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual ao serem atendidas nos serviços públicos também pode ser identificada no tratamento dos profissionais que envolvem descaso, deixar de prestar informações necessárias, discriminação, culpabilização da vítima, julgamentos, pedir pra vítima repetir várias vezes à situação de violência sofrida, fazer perguntas ofensivas ou vexatórias, as quais são muitas vezes baseadas em preconceitos e no despreparo dos profissionais na condução de suas práticas profissionais para este público específico.

Acrescenta-se que tais condutas profissionais são passíveis de criminalização, com base na Lei nº 14.321, de 31 de março de 2022, a qual tipifica o crime de violência institucional (Brasil, 2022), alterando a Lei nº 13.869 de 05 de setembro de 2019, que dispõe sobre os crimes de abuso de autoridade.

Dentro deste entendimento sobre violência institucional, geradora da revitimização, foram analisadas as falas de algumas famílias de crianças e adolescentes entrevistadas.

Quando eu cheguei (no ambulatório) eu não sabia muito bem o que vinha fazer né, então assim você já vem meia sem saber o que fazer, o que vai acontecer sobre tudo isso. No começo eu assustada com muita gente né, e sem saber o que seria, então, mas quando me chamaram que eu me deparei com vocês assistente social, psicólogo, médica eu fui bem acolhida (Família 1).

A respeito do nosso atendimento não, mas lá fora eu vi uma ocorrência que não me agradou. Foi hoje. Foi na entrada que a gente tava esperando receber, a moça receber a gente e o segurança no pé do portão gritou com um rapazinho especial e puxou até o rapaz pelo braço, seus 10, 12 anos e buscou o rapazinho com uma palavra não muito educada, aquilo ali eu fiquei um pouco constrangido. Foi ali na entrada (Família 2).

Eu gostei da psicóloga, e eu tava na fila de espera do posto e não conseguia e aqui eu acho que vai ser muito mais rápido, porque aqui tem tudo que uma criança precisa,

não precisa a gente tá em um canto em outro. Foi na sala da enfermagem, ela não soube me encaminhar e falar certo, foi onde a gente colhe o peso e o tamanho e as medidas dela, que ela não soube me explicar, só deu o papel, vá lá, era pra ela ter me explicado, quem me explicou direito foi a médica. (Família 3).

A família 1 apontou uma fragilidade no recebimento de orientações dos profissionais quando foi atendida na emergência sobre a divulgação de informações referente à continuidade do atendimento no serviço de ambulatório do Programa Ponto de Luz no HIAS, portanto, isso se configura como um aspecto da revitimização no sentido de que foi deixado de prestar informações necessárias ao usuário sobre o serviço ofertado, negligenciando a assistência adequada.

Esta situação vivenciada pela família 1 está em desacordo com as diretrizes, do artigo 2º, incisos IV, V e VI previstas no Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013 (2013b) e com as ações de informação e orientação do manual Cuidado à Saúde da Criança, Adolescente e Mulher em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024), o que poderia ter ocasionado o não comparecimento ao serviço ambulatorial, prejudicando assim a continuidade do tratamento de saúde da vítima de violência sexual em questão.

A família 2 descreveu uma situação de violência institucional não cometida contra eles, mas identificada na sala de espera enquanto aguardavam o atendimento ambulatorial. O fato foi protagonizado por um segurança que usou de sua força corporal para puxar no braço de outra criança e ainda proferiu palavras inadequadas no trato com o paciente, ocasionando sentimento de constrangimento ao familiar que relatou a situação na entrevista. Trata-se de abusos cometidos em decorrência das relações desiguais de poder entre profissional e usuários (Taquette, 2007). Azeredo e Schraiber (2017) esboçam a existência de muitas ocorrências de episódios de violência no campo institucional, na relação entre o serviço e o usuário, promovendo relações violentas, sejam elas, negligência na assistência, discriminação social, violência física ou até sexual.

A família 3 relata uma situação de longa espera por atendimento psicológico na Unidade Básica de Saúde de seu território após a situação de violência sexual sofrida pela filha, acrescentando satisfação em receber este atendimento especializado mais rápido no ambulatório do HIAS. Foi ainda acrescentada à falta de informações da equipe de enfermagem do acolhimento e classificação de risco da emergência do HIAS sobre o atendimento a ser realizado, resumindo-se a entregar o boletim de emergência (documento institucional) e encaminhamento ao consultório médico, onde a família finalmente teve as

explicações e informações devidas. Desta forma, a criança da família 3 que sofreu uma violência sexual foi submetida também a violência institucional no que se refere à falta de acesso ao serviço de saúde em tempo hábil na Unidade Básica de saúde de seu território, como também a família deixou de receber as informações necessárias para o esclarecimento do atendimento a ser realizado pelo setor hospitalar que se propõe a realizar o acolhimento a pacientes que procuram o serviço de emergência, sofrendo, portanto, uma revitimização neste contexto.

No tocante ao referido pela família 3, sabe-se que a violência sexual pode trazer repercussões danosas nas condições emocionais da vítima e assegurar este acompanhamento o mais breve possível torna-se de grande importância para crianças e adolescentes na ressignificação desses emoções/sentimentos, no lidar com a sexualidade de forma saudável e nas relações sociais como um todo.

Hohendorff e Patias (2017) afirmam que a violência sexual sofrida por crianças e adolescentes é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas e quadros psicopatológicos e que baseado nos estudos da literatura de (Hohendorff, Habigzang; Koller, 2014) podem ocorrer consequências físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais com o possível aparecimento de psicopatologias ao longo da vida dessas vítimas.

Eu só tive por causa da doutora, ela foi perguntar uma besteira a minha filha e eu não gostei assim, porque ela tava falando coisas que não era pra falar, aí eu não gostei muito não. Ela ficou perguntando a menina, as coisas a criança, perguntando se ela tinha um namorado pra criança, ela ficou dizendo as coisas, o que eu não gostei, foi dentro do consultório médico, ela perguntou se a menina tinha dado beijo na boca, se ele tinha colocado o pênis dentro da boca dela. Ela perguntou tudo a criança, pra mim foi desagradável. No dia o conselho veio, aí eu passei por conselho, aí o conselho falou pra assistente social e ela disse que ia fazer alguma coisa. Eu já tinha ido na delegacia, tinha feito corpo delito, tudo, aí depois que eu fiz tudo eu fui pro conselho, aí o conselho trouxe eu pra cá (Família 4).

O relato da família 4 traz uma questão preocupante de revitimização em que a criança e por sua vez sua família sofreram durante o atendimento médico. O atendimento deste profissional foi conduzido de forma totalmente inaceitável ao pedir pra vítima repetir a situação de violência sofrida, fazendo perguntas ofensivas ou vexatórias, revelando um verdadeiro despreparo na condução do seu atendimento. Tal conduta também está claramente tipificada como crime de violência institucional, segundo a Lei nº 14.321, de 31 de março de 2022, especificamente em seu “Art. 15-A. Submeter a vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade, inciso I - a situação de violência; ou inciso II - outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização” (Brasil, 2022).

Desta forma, referente à fala da família 4, apresenta-se um crime de violência institucional, geradora de revitimização. Algumas questões precisam ser pontuadas neste caso, a família relatou que foi orientada pelo serviço social a prestar manifestação de reclamação no serviço de ouvidoria do HIAS. Em relação à condução do atendimento médico, é importante esclarecer que a criança já tinha sido submetida a atendimento na delegacia especializada e exame de corpo de delito, estando necessitando apenas dos cuidados em saúde, não cabendo, por conseguinte, aquele profissional a fazer perguntas sobre a violência ocorrida, fazendo a criança revisitar o trauma. A escuta da criança deve ocorrer em momento oportuno por profissionais especializados e de acordo com protocolos específicos.

Reitera-se a Lei da Escuta Protegida, Lei nº 13.431/2017 (Brasil, 2017) a qual estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, concebe a violência institucional como uma das formas de violência praticadas contra crianças e adolescentes por instituição pública ou conveniada, podendo gerar a revitimização, tendo como dispositivos de enfrentamento, a escuta especializada e o depoimento especial.

Eu achei muito bom o atendimento, tanto que o que aconteceu, eu não tinha denunciado ainda, eu ia denunciar, mas assim eu não sabia que tinha todo esse cuidado com a minha filha, eu pensei que simplesmente eu ia levar minha filha numa delegacia, ele ia perguntar e pronto, mas não foi, foi totalmente diferente, prepararam a minha filha, teve todo um preparo pra depois, ela não foi ainda nem falar com o delegado, justamente porque eles estão preparando ela, achei assim muito cuidado com ela. O apoio foi grande, eu gostei (Família 5).

A família 5 trouxe outra questão de suma importância na perspectiva de ser evitada a revitimização no momento de realização da oitiva da criança sobre a violência sexual sofrida perante a autoridade policial ou judiciária, já que apontou que a filha ainda está sendo preparada pra ser ouvida posteriormente, acrescentando o cuidado que estão tendo com ela. A Lei nº 13.431/2017 (Brasil, 2017) estabelece, portanto, a escuta protegida e o depoimento especial como ferramentas na garantia de direitos de crianças e adolescentes e como forma de evitar a revitimização destes sujeitos no relato da violência sofrida a ser colhido por profissionais especializados e com base em protocolos específicos.

Ainda em relação à fala da família 5, foi destacado que desconhecia a existência de toda uma rede de cuidados e proteção para a filha. Recorre-se novamente a Lei da Escuta Protegida, que traz em suas prerrogativas o estabelecimento do sistema de garantia de direitos com ações articuladas e integradas das políticas de atendimento de crianças e adolescentes vítimas das mais diversas formas de violência, destacando-se o “Art. 14. As políticas implementadas nos sistemas de justiça, segurança pública, assistência social, educação e

saúde deverão adotar ações articuladas, coordenadas e efetivas voltadas ao acolhimento e ao atendimento integral às vítimas de violência” (Brasil, 2017).

Eu achei que os médicos, porque eu vim umas três vezes na emergência, porque as informações com os médicos não eram como os funcionários, eles tavam, era como se eles estivessem ainda aprendendo a lidar com isso, então em alguns casos em fiquei esperando dentro do consultório mesmo, tipo, o médico dizia, espera um momento que eu vou conversar com a equipe, eu vou conversar com os colegas. O serviço social e a outra equipe de enfermagem parece que tava entendendo mais o protocolo do que os médicos, mas mesmo assim eu consegui entender isso como uma questão de lidar com a situação, tipo talvez, não sei se tem muitos casos assim aqui, mas foi isso, a sensação que eu tive, foi só que eles precisam se acostumar mais com o protocolo, só os médicos, o restante da equipe foi tranquilo (Família 7).

A família 7 pontuou uma questão importante percebida no atendimento médico no cenário da emergência, referente a insegurança ou falta de conhecimento adequado do protocolo a ser seguido pelo profissional na condução de suas intervenções, podendo prejudicar o atendimento de saúde da vítima, especificado no manual de Cuidado à Saúde da Criança, Adolescente e Mulher em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024), no tocante a ação de atendimento integral, a qual é baseada em protocolos, procedimentos técnicos, fluxo assistencial compatível com a capacidade de atendimento da realidade local e em observância das normas legais vigentes.

Esta situação demonstra despreparo do profissional no manejo das condutas a serem realizadas, evidenciando a necessidade de constante aprimoramento intelectual, previsto no eixo estratégico de cuidado integral à saúde na Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2023), bem como definido como um dos objetivos da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança em promover a produção de conhecimento, a pesquisa e a avaliação dos resultados das políticas de prevenção e de combate (Brasil, 2024). Desta forma, reitera-se que a coordenação do Programa Ponto de Luz no HIAS vem promovendo ciclos de capacitações com os profissionais de saúde, justamente para prepará-los melhor para este atendimento tão específico, o que se torna fundamental para não ocorrer condutas que venham suscitar situações de revitimização das crianças, adolescentes e suas famílias.

Outro ponto a ser discutido ainda referente à fala da família 7 é a necessidade de se criar uma rotina de atendimentos multiprofissionais conjuntamente na emergência, assim como já ocorre no ambulatório do hospital, também como forma de evitar a revitimização de crianças, adolescentes e suas famílias ao terem que contar várias vezes o fato ocorrido para diferentes profissionais em momentos distintos.

Somente na sala da médica eu não gostei muito do comportamento dela assim meio ríspida sei lá, a maneira como ela abriu a perna da menina, eu fiquei observando já que ela tem experiência, entende, eu achei meio exagerado e quando eu tive que retornar pra sala dela, eu sai e depois voltei, peguei um papel que eu deixei com ela, que ela me pediu, eu não gostei porque ela disse que não queria ninguém mexendo nos papéis dela pra procurar, dizendo que não tava com o papel de ninguém, sendo que o papel tava com ela. Só não gostei do comportamento da médica, esses médicos antigos acho que se acham com o direito de tratar as pessoas de qualquer jeito. A única coisa que eu não gostei foi do atendimento da médica, eu falei normal, ela foi grossa, achei ela meio abusada. No dia eu não gostei e até cheguei em casa e falei pro meu irmão esse negócio da médica (Família 8).

A família 8 traz uma situação de descontentamento com o atendimento médico realizado em relação ao comportamento da profissional médica que demonstrou rispidez e desrespeito no trato com o familiar, demonstrando claramente uma situação de violência institucional no quesito de promover abusos decorrentes da relação de poder desigual entre profissional e usuário (Taquette, 2007). Também foi relatada uma situação de certo exagero da médica na realização do exame físico na genitália da criança, da maneira como o exame foi realizado, causando um estranhamento da familiar, o que poderia ter sido sanado se tivesse ocorrido às devidas explicações e esclarecimentos sobre o procedimento realizado, já que são direitos dos usuários no processo de cuidado em saúde, reafirmado como conduta de humanização na saúde.

Eu gostaria só de fazer uma sugestão, porque no dia que eu vim com a minha filha a primeira vez numa consulta de emergência, nós fomos atendidos por um médico homem e ele é pediatra e pediu pra fazer o exame ginecológico nela pra confirmar o que a gente tava relatando e a minha filha não aceitou nem eu, ela tava muito traumatizada e isso deixou ela muito nervosa, o fato de ser um homem ter que atendê-la. Então a minha sugestão é que esse exame ou não fosse feito pelo pediatra e se fosse, que fosse feito por uma profissional mulher porque o contato com o homem depois de uma situação dessa, de assédio ou de abuso, seja lá o que for é muito delicado pra mulher de uma forma geral (Família 7).

A família 7 ainda levanta uma situação delicada e importantíssima no atendimento de saúde a vítimas de violência sexual quando o agressor é homem, pois ao ser necessário o exame físico, principalmente na região da genitália ou perianal realizado por um profissional médico do sexo masculino causaria tamanho desconforto a vítima ao ser novamente vista/tocada por uma figura masculina, o que traria repercussões negativas ao reviver o trauma após a violência sexual sofrida, promovendo assim a revitimização desta paciente. Referente ao caso trazido por esta família caberia no cenário da emergência a paciente ser encaminhada a consultório em que estivesse atendendo uma profissional médica, a fim de que em necessidade de realização do exame físico fosse então realizado por uma profissional mulher,

deixando claro que tal procedimento tem por objetivo subsidiar a condução do tratamento de saúde necessário.

Essa questão deve ser bem pontuada, o exame físico em alguns casos se faz necessário, principalmente quando há relato de sangramento, dilaceração, hematomas, presença de lesões causadas por possíveis infecções sexualmente transmissíveis, entre outros, devendo ser conduzido com o maior cuidado e respeitando a possibilidade de recusa da criança, do adolescente ou do familiar, a fim de não configurar uma possível revitimização deste público. Reitera-se que esse exame físico realizado pelo médico refere-se aos cuidados em saúde, e em nenhum momento servirá como exame de corpo de delito para constatação ou descarte da violência sexual, pois existe o órgão da PEFOCE, a quem cabe esta responsabilidade no processo de investigação criminal, sendo importante que o profissional médico esclareça o objetivo deste exame físico para o paciente se houver idade para esse entendimento e para seu familiar ou responsável.

Compreende-se que apesar da existência de muitas práticas de humanização no atendimento multiprofissional de saúde no Programa Ponto de Luz no HIAS apontadas pelas famílias entrevistadas, também foram identificadas muitas situações de violência institucional geradoras da revitimização, as quais devem ser combatidas cotidianamente na rotina do contexto hospitalar.

6.4 Principais conclusões após a avaliação das entrevistas e contribuições para o Programa Ponto de Luz

A partir das falas trazidas pelas famílias de crianças e adolescentes atendidos pelo Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin, foi evidenciada a existência do acolhimento dos profissionais envolvidos no atendimento tanto no cenário da emergência quanto no cenário do ambulatório, bem como foram pontuadas diferentes práticas de humanização relatadas pelas famílias, as quais consistem num universo de subjetividades, de questões sociais, históricas e culturais que definem a forma desses indivíduos de compreender a realidade e construir suas relações sociais. Desta forma, reitera-se que existem várias formas de práticas de humanização a serem ofertadas, as quais devem estar pautadas de acordo com a individualidade e particularidade dos usuários e sempre na perspectiva de garantia de direitos destes sujeitos.

Por outro lado, também foram identificadas nas entrevistas das famílias diversas situações de violência institucional, as quais em certo ponto foram relatadas pelas famílias

sem a total percepção que vivenciaram juntamente com suas crianças e adolescentes situações de revitimização ou violência secundária ao procurarem este serviço hospitalar. Tal constatação é preocupante e deve ser enfrentada no cotidiano do atendimento do Programa Ponto de Luz através melhoria de gestão e da oferta contínua de capacitações e, portanto do aprimoramento intelectual dos profissionais envolvidos.

Tendo por parâmetro as considerações deste estudo avaliativo, a pesquisadora sugere algumas recomendações para melhoria do atendimento de saúde de crianças e adolescentes do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin, conforme pressupõe o campo de atuação da avaliação de políticas públicas, sendo elencadas abaixo.

A garantia de atendimento multiprofissional conjunto, conforme está previsto na Lei 12.845/2013 (Brasil, 2013b), para crianças, adolescentes e suas famílias no cenário da emergência como já ocorre no cenário do ambulatório, havendo a separação do atendimento da vítima do seu familiar sempre que necessário o que diminui a possibilidade de ocorrer revitimização no tocante a este público ou familiar ter que repetir a situação de violência ocorrida para diversos profissionais em momentos diferentes, sendo também importante a equipe de saúde conjuntamente realizar as intervenções necessárias, alinhando seus saberes no manejo do cuidado e proteção a essas crianças e adolescentes.

A disponibilização de profissional de psicologia em plantão 24 horas, a melhoria da estrutura física com salas que assegurem o atendimento sigiloso, a formalização da existência do Programa Ponto de Luz no HIAS através de portaria como ato administrativo da gestão hospitalar, o que servirá para estabelecer diretrizes, regras, instruções, normas e procedimentos para organização e funcionamento do serviço e, por fim, a melhoria do aperfeiçoamento intelectual dos profissionais de saúde envolvidos, bem como dos demais profissionais que não estão diretamente ligados à equipe do atendimento, cabendo à coordenação local do Programa Ponto de Luz no HIAS articular ações para promoção de capacitações continuadas, bem como revisões frequentes dos protocolos, instrumentais e fluxograma do atendimento com o objetivo de dar conta da realidade e especificidades do atendimento ofertado.

7 CONSIDERAÇÕES

A violência sexual contra crianças e adolescentes conforme a literatura trazida neste estudo revela um fenômeno de ocorrência de grande amplitude na sociedade brasileira, pautado por uma cultura adultocêntrica, dominadora e patriarcal e perpassado por uma construção social e histórica da criança e do adolescente baseada em relações sociais de desvalorização e desproteção, submetendo estes sujeitos a situações de opressão, humilhação, abandono e exposição a condutas criminosas. E que somente a partir da Constituição Federal (Brasil, 1988) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) teve seu reconhecimento social na perspectiva da proteção integral, embasando, portanto as políticas públicas de cuidado, proteção e garantia de direitos voltados a este segmento.

Compreende-se que tanto o abuso sexual quanto a exploração sexual são incluídos no contexto do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, que se configura como uma das formas de violação de direitos deste segmento, podendo trazer inúmeras consequências e possíveis psicopatologias, as quais proporcionarão danos para a vida desses sujeitos no desenvolvimento saudável da sexualidade e nas suas relações sociais como um todo.

Tendo em vista o panorama de fortalecimento das políticas públicas de proteção e cuidado de crianças e adolescentes, foi implantado o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin, referência estadual no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, constituindo-se atualmente como componente da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência do Estado do Ceará (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023).

A avaliação do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin propiciou um resgate da contextualização de formulação do programa mediante o levantamento de outras políticas, plano e linha de cuidado do SUS correlacionadas à violência sexual contra crianças e adolescentes, bem como dados estatísticos recentes dando a dimensão desta problemática no país e no Estado do Ceará, destacando ainda seu funcionamento, objetivo, paradigmas orientadores, concepções de valores, coerência interna e conceitos que o sustentam a partir da análise do material institucional (leis, portarias, documentos internos, relatórios, atas de reuniões, planilhas de monitoramento e dados estatísticos de atendimento), sendo também enfocado seu amparo legal previsto na Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023).

A pesquisa de campo através das entrevistas realizadas com as famílias de crianças e adolescentes atendidos pelo Programa Ponto de Luz do HIAS possibilitou uma nova perspectiva de olhar sobre o atendimento realizado pela equipe multiprofissional dando vozes e legitimando as falas destes sujeitos beneficiários do programa institucional, sendo estes importantes atores na avaliação deste serviço de referência no âmbito estadual.

A avaliação em profundidade do atendimento de saúde do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin sob a percepção dos familiares de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual proposto por este estudo evidenciou que, na maioria das vezes, ocorreram condutas assertivas de acolhimento no atendimento multiprofissional com diversas práticas de humanização identificadas, as quais foram embasadas nas subjetividades e particularidades de cada contexto histórico e sociocultural das famílias. Por outro lado, também foi destacada a existência da violência institucional em grande parte das falas das famílias, algumas vezes apresentadas de forma sutil no atendimento multiprofissional de saúde ofertado e em outras vezes de forma mais encorpada, sendo que em ambos os casos promoveram a revitimização de crianças, adolescentes e suas famílias, exigindo, portanto, melhorias na oferta do serviço pela gestão institucional, como também no aperfeiçoamento das condutas profissionais para superação da revitimização e na constante busca por práticas humanizadas no âmbito hospitalar, tendo sempre como horizonte o cenário da garantia de direitos destes sujeitos.

O debate da temática que está posta em discussão tem extrema relevância para o fortalecimento das políticas públicas de proteção e cuidado das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, bem como pode propiciar a instituição um processo de reflexão a partir de uma avaliação que dá voz aos familiares das crianças e adolescentes atendidas pelo Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin.

Ao desvelar as subjetividades das ações desenvolvidas pelo modelo de atendimento proposto no programa e o empenho dos profissionais de saúde, foi de grande valia a percepção dos familiares no sentido de incorporar novas visões ao programa, para que o mesmo possa ter sua manutenção de modo positivo, dando continuidade às potencialidades e desvelando as dificuldades que vieram à tona pela avaliação.

Espera-se diante da realização desse trabalho que os dados sejam capazes de potencializar o âmbito da produção de conhecimento no campo da saúde da criança e do adolescente, da própria Saúde Pública, Avaliação de Políticas Públicas e Avaliação em Saúde, de modo geral, provocando um processo de maior atenção a este programa que já possui quase quatro anos de funcionamento, e que é referência para o Estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, A. M. N. G., MARTINS, C. A., MATTOS, D. V., et al. Gestão hospitalar como ferramenta do cuidado. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife-PE, v. 11, n. 8, p. 3143-50, ago, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110220/22135>. Acesso em: 15 set. 2024.
- ANICETO, B.; BOMBARDA, T. B. Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos - SPv. 28, n. 2, p.640-660, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/kjM8VZk3WVTBNstQbQcZ8fq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2024.
- ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **RBCS**, São Paulo v.18, n. 51, p. 7 – 9, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092003000100001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 nov.. 2024.
- ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2006.
- ARRUDA, D. P. A escuta dos silêncios: o atendimento às crianças e aos adolescentes envolvidos em situação de violências. **Revista Serviço Social & Saúde**. Campinas, SP, v. 20, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Downloads/A_escuta_dos_silencios_o_atendimento_as_crianças_e.pdf. Acesso em: 9 nov. 2024.
- AVELAR JR., E. J.; RUSSI, L. M. Vitimologia. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas**, Itapeva-SP, out. 2015. Disponível em: https://fait.revista.inf.br/imagens_arquivo/s/arquivos_destaque/Djic2HEsEDGUNyX_2017-1-20-20-50-16.pdf. Acesso em: 7 nov. 2024.
- AZAMBUJA, M. R. F. de. Et.al. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- AZAMBUJA, M. R. F. de; FERREIRA, M. H. M. Aspectos Jurídicos e Psíquicos da Inquirição da Criança Vítima. In: AZAMBUJA, M. R. F. de; FERREIRA, M. H. M. e Colaboradores. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 58.
- AZEREDO, Y. N. **Saúde coletiva e filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de humanização**. 2017. 138f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-25082017-081316/publico/YuriNishijimaAzeredo.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.
- AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3013-3022, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VFFLLgpXPYfcVDQz6VgMxsz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2024.

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B. Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. **Interface (Botucatu)**. São Paulo, v. 25, p.1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7yNQT6BTJdFWdTWhqv5Z66x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

AZEVEDO, G.; SARAT, M. História da infância no Brasil: contribuições do processo civilizador. **Educação e Fronteiras On-Line**, Dourados/MS, v.5, n.13, p.19-33, jan./abr. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Downloads/markley,+Artigo+Gislaine+e+Magda+2+UFGD.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 5. ed. São Paulo:Cortez, 2009.

BAÍÁ, P. A. D.; MAGALHÃES, C. M. C.; VELOSO, M. M. X. Caracterização do suporte materno na descoberta e revelação do abuso sexual infantil. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto-SP, v. 22, n. 4, p. 691-700, 2014. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a02.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições, 2008. 280 p.

BOSCHETTI, I. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS/ ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: <https://cutt.ly/yECVBmB>. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm. Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf. Acesso em: 07 nov. 2023..

BRASIL. **Plano Nacional de Enfretamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Secretaria de Direitos Humanos/CONANDA. Brasília, DF, 18 maio 2013. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual**, 2013a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 1 fev. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.985, de 13 de março de 2013. **Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde**, 2013b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm . Acesso em: 1 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações de Programas Estratégicos. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.130 de 05 de agosto de 2015. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_inter_pessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 07 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. **Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.321, de 31 de março de 2022. **Altera a Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019, para tipificar o crime de violência institucional**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.321-de-31-de-marco-de-2022-390279314>. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.869, de 05 de setembro de 2019. **Dispõe sobre os crimes de abuso de autoridade**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13869.htm. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. **Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/L13010.htm. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022. **Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente**.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14344.htm. Acesso em: 5 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.811, de 12 de janeiro de 2024. **Institui medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência nos estabelecimentos educacionais ou similares, prevê a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e as Leis nºs 8.072, de 25 de julho de 1990 (Lei dos Crimes Hediondos), e 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14811-12-janeiro-2024-795244-publicacaooriginal-170834-pl.html>. Acesso em: 8 abril 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 - Ética na Pesquisa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018.** Regulamentar o disposto no item XIII. 4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-580.pdf/view>. Acesso em: 15 de janeiro de 2023.

CAPITÃO, C. G.; ROMARO, R. A. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes. **Psicologia para América Latina**, México, n. 13, jul. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2024.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-226, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/c5CW7WD9pXtCvYY5przScJd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 out. 2024.

CAVALCANTE, E. B. T. O conceito de adultocentrismo na história: diálogos interdisciplinares. **Fronteiras: Revista de História**, Dourado, v. 23, n. 42, p. 196-215, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/FRONTEIRAS/article/view/15814/8561>. Acesso em: 10 abr. 2025.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>. Acesso em: 17 set. 2024.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2 abr./jun, p. 432-445, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/tJdDTmx7hm3tBsgJLVnnSFd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2024.

COSTA, A. M.; NORONHA, J. C.; NORONHA, G. S. Barreiras ao universalismo do sistema de saúde brasileiro. In: HENRION, C. T.; LAURELL, A. C. **Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha**. Buenos Aires: CLACSO, octubre de

2015. Disponível em: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20151109090721/derecho_universal_a_la_salud.pdf. Acesso em: 31 mar. 2024.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6509>. Acesso em: 01 nov. 2024.

CUNHA, C. da. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil**. Trabalho elaborado durante o curso “The Theory and Operation of a Modern National Economy”, ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, em 2006. Digitalizado.

CARLO, M. M. R. P. de; KEBBE, L. M.; PALM, R. C. M. Fundamentação e processos da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Eds.), **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**, São Paulo: Pay, 2018, p. 1 -33.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7jS34hDzJbQtCHMjYFHKf4L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set.. 2024.

DOURADO, A. L.; BIDARRA, Z. S. Estratégias para a escuta especializada de vítimas de violência sexual em redes intersetoriais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 145, p. 174-188, set/dez, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/fC93ntsJGN46jhSHcFcz6Kk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

DRAIBE, S. **Rumos e metamorfoses - Estado e industrialização no Brasil 1930-1960**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

ELIAS, N. A civilização dos pais. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27 n.3 set/dez, 2012.

FALEIROS, V. de P. A questão da violência sexual contra crianças e adolescentes na produção acadêmica. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, Ano XI, n. 19, 2008.1. Disponível em: <https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/v11n19a05.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2023.

FALEIROS, V. de P. O fetiche da mercadoria na exploração sexual. In: LIBORIO, R. M. C.; SOUSA, S. M. G. (Org.) **A exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil**. Reflexões teóricas, relatos de pesquisa e intervenções psicossociais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 51-72.

FALEIROS, V. de P. Parar o abuso e desenvolver a proteção. In: COSTA, L. F.; LIMA, H. G. D. de (Org.). **Abuso sexual**. A justiça interrompe a violência. Brasília: Líber Livro Editora, p. 159-170. 2008.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa – 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FURTADO, C. **Formação econômica do Brasil**. 32ª ed. São Paulo: Editora Nacional, 2005. Disponível em: <https://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/autores/Furtado,%20Celso/Celso%20Furtado%20-%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20Econ%C3%B4mica%20do%20Brasil.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2024.

Gil, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo : Atlas,. 2008.

HABIGZANG, L. F. et al. Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n.3, p. 341-348, Set/Dez. 2005. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a11v21n3.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

HENICK, A. C.; FARIA, P. M. F. História da infância no Brasil. **Anais : XII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE**. UNESCO, Curitiba: PUCPR, p. 25824 - 25834, 2015. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/19131_8679.pdf. Acesso em: 15 mar. 2024.

HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. **Violência sexual contra meninos**: Teoria e intervenção. Curitiba: Juruá. 2014. 138 p.

HOHENDORFF, J. V.; PATIAS, N. D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 49, p. 239-257, 2017.

HOLANDA. N. Cap. III. O que é avaliação. In: **Avaliação de programas, conceitos básicos sobre a avaliação “ex post” de programas e projetos**. São Paulo; Fortaleza: ABC, 2006.

KASSAR, M de C. M; MENDONÇA, A. G; WOUNNSCKY et al. ASPECTOS SUBJETIVOS DA PERCEPÇÃO DA EXPLORAÇÃO SEXUAL COMERCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CORUMBÁ. In: **Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e tráfico para os mesmos fins: contribuições para o enfrentamento a partir de experiências em Corumbá-MS** / Anamaria Santana da Silva, Ester Senna, Mônica de Carvalho Magalhães Kassar, organizadoras. -- Brasília : OIT, 2005.

LARROSA, J. O enigma da infância ou o que vai do impossível ao verdadeiro. In: **Imagens do outro**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998, p. 67-86.

LEAL, M. L. P. Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes: **uma análise do ponto de vista do mercado e do consumo**. 2008. Disponível em: <https://www.violes.unb.br/site2/.../exploracaosexualcomercial>. Acesso em: 18 mar. 2024.

LEITE, C. C. Da doutrina da situação irregular à doutrina da proteção integral: aspectos históricos e mudanças paradigmáticas. **Revista Ministério Público**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 93-107, 2006. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2764825/Carla_Carvalho_Leite.pdf. Acesso em: 18 mar. 2024.

LEMOS, F. C. S. A judicialização da infância e seus impactos na vida das crianças e suas famílias. Desidades: **Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude** [online], Rio de Janeiro, ano 2, n. 2, p. 25-29, 2014. Entrevista concedida à Equipe Editorial

da Revista Desidades. Disponível em: http://desnsidades.ufrj.br/open_space/entrevista-teste/. Acesso em: 15 mar. 2024.

MARCÍLIO, M. L. **História social da criança abandonada**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

MELLO, M. M.; SANTOS, J. D. Infância, loucura e alteridade: a criança em devir. **Fractal Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 314-321, set-dez.2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i3/5523>. Acesso em: 9 set 2024.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; JÚNIOR, H. S. (Orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro, RJ: Hexis, 2016, p. 59-79.

MERISSE, A. Origens das instituições de atendimento à criança: o caso das creches. In: MERISSE, A. et al **Lugares da Infância: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato**. São Paulo: Arte & Ciência, 1997. p. 25-51.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008. 268 p.

MINAYO, M. C. S. Contextualização do Debate sobre Violência contra Crianças e Adolescentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 13-16. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_fa_z_mal.pdf>. Acesso em 01 jul. 2022.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Revista e atualizada. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde**. 2002. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. **Boletim Epidemiológico**, v. 54, n. 8, 2024.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, RS, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, AnoXV-nº28-2012. Disponível em: <https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/2artigo.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2023.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERÁS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá-PR, v.11, n. 2, p.323-330, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/RvZzMgdxZngYscGQsGNWHvF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2024.

OLIOSI, L. C.; MENDONÇA, M. S.; BOLDRINE, R. C. **Abuso Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Município de Nova Venécia-ES**: estudo no CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Nova Venécia: Faculdade Capixaba de Nova Venécia, 2010.

OLIVEIRA, E. M. de *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.376-382, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007. Acesso em: 05 mar. 2024.

PAIVA, C. B. N.; BARROS, S. M. M de. Representações sociais da humanização em pediatria hospitalar entre profissionais de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá-PR, v. 8, p. 1-16, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/h4xszcQyHnmhwG4mGw3zY7q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2024.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu)**. v. 13, (suppl.1), p.701-8, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qdydRTR3nMMjCjWLj4vzPPr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2024.

PRIORE, M. D. (Org.). **História das crianças no Brasil**. 7. ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2013.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7140>. Acesso em: 02 nov. 2024.

REZENDE, S. **Terapia cognitivo-comportamental e políticas públicas direcionadas a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: Limites e possibilidades**. Porto Alegre: UFRGS –Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/39082/000824752.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 nov. 2023.

RIBEIRO, L. R. P. Vitimologia. **Revista Síntese de Direito Penal e Processual Penal**, São Paulo, nº 7, 2001, p. 30. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RDP_07_30.pdf. Acesso em: 07 nov. 2024.

RIZZINI I.; PILLOT, F.. A arte de governar crianças. **A história das políticas sociais, da legislação e da assistência social à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de políticas públicas (AVAL)**, Fortaleza-CE, ano 1, v. 1, n. 1, p. 7-15, jan./jun. 2008. Disponível em: file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Downloads/3-6-1-PB.pdf. Acesso em: 18 jul. 2022.

ROMERO, K. R. P. dos S. **Crianças vítimas de abuso sexual: aspectos psicológicos da dinâmica familiar**. Curitiba/PR: Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente. 2007. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_res_tritos/files/migrados/File/anexos/vitimas_de_abuso.pdf. Acesso em: 18 set. 2024.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 29-38. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf. Acesso em 01 jul. 2022.

SANTOS, B. R. dos. **O enfrentamento da exploração sexual infanto-juvenil: uma análise de situação**/Editado por Rogério Araújo. Goiânia: Cânone, 2007.

SANTOS, B. R. dos. **Guia escolar: identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Seropédica, RJ: EDUR, 2011. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000016936.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2024.

SCHMIDT, F. **A Escuta das Crianças em Juízo**. São Paulo: Editora Mizuno, 2020.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. Boletim epidemiológico. **Doenças pelo novo coronavírus (COVID-19)**. Nº 33. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 29/10/2021. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/BOLETIM_COVID-19_N33_291021.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE. Resolução nº 175 de 15 de dezembro de 2023. **Aprova a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2023/03/RESOLUCAO-175-Politica-Estadual-Cuidado-a-Pessoa-em-Situacao-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2024.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. **Cuidado à saúde da criança, adolescente e mulher em situação de violência**. Manual para os profissionais da saúde, jun. 2024. Disponível em: file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Downloads/Cuidado-a-Saude-da-Crianca-Adolescente-e-Mulher-em-Situacao-de-Violencia.pdf. Acesso em: 24 fev. 2025.

SILVA e SILVA, M. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: M. O. S. (Coord.). **Pesquisa Avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SILVA, De P. e. **Vocabulário Jurídico**. 26 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2006, p. 1493.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n.16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 02 nov. 2024.

SOUZA, D. O.; MAURÍCIO, J. C. A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 495-505, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vnmDGgzB6WN7gCbZMfbvtJn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

TAQUETTE, S. R. (org.). **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007. 208 p.

TEODORO, C. C. Criança e adolescente: da invisibilidade social e naturalização da violência à perspectiva da proteção integral. **Humanidades em Perspectivas**, [S. l.], v. 2, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revista-humanidades/index.php/revista-humanidades/article/view/117>. Acesso em: 16 set. 2024.

TRENNEPOHL, A. K. O. V. Riscos de revitimização de crianças e adolescentes e a necessária implantação do depoimento especial. **Ministério Público do Estado da Bahia**. Texto, 21 de novembro de 2022. Disponível em: <https://ceafpesquisa.mpba.mp.br/textos/riscos-de-revitimizacao-de-criancas-e-adolescentes-e-a-necessaria-implantacao-do-depoimento-especial/#BITENCOURT11>. Acesso em: 07 nov. 2024.

UNICEF BRASIL/FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil (2017-2020)**. Lançado em outubro de 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/panorama-da-violencia-letal-e-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-no-brasil>. Acesso em: 16 jul. 2022.

UNICEF// BRASILFÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil (2021-2023)**. Lançado em agosto de 2024. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/30071/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil-v04%20\(003\).pdf.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/30071/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil-v04%20(003).pdf.pdf). Acesso em: 16 set. 2024.

VARELA, J.; ALVAREZ-URIA, F. A maquinaria escolar. **Revista Teoria e Educação**, Porto Alegre, n. 6, p. 68-96, 1992.

VIANA C., A.; MOREIRA, R. B. da R. Revitimização de crianças e adolescentes em inquirições judiciais e violência institucional. **Revista Eletrônica Direito e Política**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 86-110, 2021.

WHO (World Health Organization). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2012 e 2018.

WILLIAMS, L. C. Introdução ao estudo do abuso sexual infantil e análise do fenômeno no município de São Carlos. In L. C. WILLIAMS; E. A. ARAÚJO. (Eds.), **Prevenção do abuso sexual infantil: Um enfoque interdisciplinar** (p. 21-40). Curitiba: Juruá. 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa, “Programa Ponto de Luz” e o Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual: um Estudo Avaliativo no Hospital Pediátrico de Referência da Cidade de Fortaleza, Ceará, de responsabilidade da pesquisadora, Vanessa Kelly de Oliveira Albuquerque sob orientação da professora, Lidiane Moura Lopes, a qual tem por objetivo geral avaliar o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sob a percepção de seus familiares e/ou responsáveis. Esta pesquisa justifica-se pelo fato da pesquisadora atuar como assistente social da equipe multiprofissional do Centro de Emergência Pediátrico do Hospital Infantil Albert Sabin, no qual funciona o Programa Ponto de Luz, referência estadual no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, atuando cotidianamente no atendimento a este segmento. Portanto, você será convidado a participar de uma entrevista semi-estruturada, com 5 (cinco) perguntas, sendo sua participação voluntária, podendo você desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. A sua participação na pesquisa será em um encontro, no turno da tarde, subsequente ao atendimento ambulatorial da criança ou do adolescente no Programa Ponto de Luz do Hospital Infantil Albert Sabin com duração de aproximadamente 30 minutos. As informações serão gravadas e posteriormente os dados serão guardados por 5 anos em arquivo pessoal da pesquisadora e posteriormente destruídos.

A pesquisa poderá trazer riscos considerados mínimos, ou seja, possíveis situações de desconfortos e constrangimentos dos participantes ao falar sobre o tema do estudo, comprometendo-se a pesquisadora em minimizar estas situações no decorrer da entrevista. Os benefícios da pesquisa serão de fomentar para a sociedade a discussão sobre a importância de assegurar um atendimento humanizado de saúde às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, na perspectiva de fortalecimento da rede de proteção e garantia de direitos deste segmento. Você não terá nenhuma despesa para participar da presente pesquisa e não receberá pagamento pela sua participação no estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa, de responsabilidade da pesquisadora. Os resultados da pesquisa serão analisados sigilosamente, garantindo o seu anonimato e ao serem divulgados posteriormente em congressos ou eventos científicos serão assegurados o sigilo e a confidencialidade dos dados fornecidos. Você terá a garantia de receber esclarecimentos da pesquisa e acesso aos seus dados fornecidos em qualquer momento do estudo. Caso tenha

dúvidas e/ou desista da participação no estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (85) 3492-5261 e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) presencialmente no endereço: Rua Tertuliano Sales, 544, Bairro Vila União ou pelo telefone (85) 3492-5237 no horário de 07:00 as 12:00 - 13:00 as 16:00 (segunda a sexta-feira) ou através do e-mail: cep@hias.ce.gov.br.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo que será também assinado pela pesquisadora responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Número do parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa: 7.330.739

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____ declaro ter compreendido tudo o que foi informado sobre a minha participação no estudo e estando ciente dos meus direitos, dos possíveis riscos/desconfortos e benefícios do desenvolvimento com o estudo, concordo em participar, dando o meu consentimento.

Fortaleza, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A COLETA DE DADOS

Dados sociodemográficos dos participantes	
Idade	Escolaridade
Raça	Ocupação
Presença de deficiência	Cidade onde mora
Gênero	Orientação sexual
Conte como foi sua experiência no atendimento de emergência do Programa Ponto de Luz.	
Durante o atendimento profissional na emergência você identificou se ocorreram práticas humanizadoras ou situações de revitimização?	
Conte como foi sua experiência no atendimento ambulatorial do Programa Ponto de Luz.	
Durante o atendimento profissional no ambulatório você identificou se ocorreram práticas humanizadoras ou situações de revitimização?	

ANEXO A - RESOLUÇÃO Nº 580, DE 22 DE MARÇO DE 2018.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 21 e 22 de março de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

Considerando as previsões da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe, entre outros, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando que as atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde, atendendo ao disposto no artigo 32, §5º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, devem estar incluídas nos respectivos Planos de Saúde, aprovada pelos Conselhos de Saúde nas esferas respectivas (municipal, estadual e nacional);

Considerando o regramento da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, bem como outras providências;

Considerando o disposto no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, publicado no Diário Oficial da União de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando que é um requisito ético que os resultados e/ou achados das pesquisas sejam comunicados às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, em especial aqueles que puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados;

Considerando que a atenção à saúde constitui-se na razão e objetivo do Sistema Único de Saúde e que os usuários buscam os serviços do SUS para prevenção de doenças, promoção e recuperação da sua saúde, bem como a necessidade de normatizar a realização de projetos de pesquisa de interesse estratégico para o SUS;

Considerando a necessidade de articular o Sistema de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde – CNS

(Sistema CEP/CONEP-CNS) nas diversas esferas de gestão do SUS, para a avaliação ética e acompanhamento das pesquisas aprovadas;

Considerando as proposições do Grupo de Trabalho das Pesquisas Estratégicas no SUS, da CONEP/CNS, que elaborou propostas e sistematizou as contribuições da consulta pública à sociedade realizada de 17 de julho a 15 de agosto de 2017, na proteção das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS;

Considerando as disposições da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; e Considerando o exposto na Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017, que dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde.

RESOLVE:

Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências.

CAPÍTULO I

Dos termos e definições

Art. 1º Para os fins desta Resolução adotam-se os seguintes termos e definições:

I - acervo: conjunto organizado de documentos, em formato físico ou eletrônico, que pode servir como fonte para a coleta de informações para a constituição de um banco de dados com finalidade de pesquisa científica;

II - atenção à saúde: conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

III - dirigente da instituição coparticipante: responsável legal pela instituição, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve, ou pessoa por ele delegada;

IV - dirigente da instituição participante de pesquisa: responsável legal pela instituição, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, que participa de um estudo multicêntrico e onde o projeto de pesquisa é conduzido de acordo com protocolo único e com pesquisador responsável no centro;

V - dirigente da instituição proponente de pesquisa: responsável legal pela instituição, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, à qual o pesquisador responsável está vinculado, ou pessoa por ele delegada;

VI - instituição coparticipante de pesquisa: organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve, sem necessariamente ter a indicação de um pesquisador responsável na instituição;

VII - instituição participante da pesquisa: organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, que participa de um estudo multicêntrico e onde o projeto de pesquisa é conduzido de acordo com protocolo único e com pesquisador responsável no centro;

VIII - instituição proponente da pesquisa: organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, à qual o pesquisador responsável está vinculado;

IX - instituição integrante do SUS: órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Também estão incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar, conforme dispõe o artigo 24, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

X - material biológico humano: espécimes, amostras e alíquotas de material original e seus componentes fracionados;

XI - pesquisa de interesse estratégico para o SUS: protocolos que contribuam para a saúde pública, a justiça, a redução das desigualdades sociais e das dependências tecnológicas, bem como, emergências em saúde pública, encaminhados à apreciação da CONEP mediante solicitação da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS);

XII - pesquisador: membro da equipe de pesquisa, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;

XIII - pesquisador responsável: pessoa responsável pela coordenação da pesquisa e corresponsável pela integridade e bem estar dos participantes da pesquisa;

XIV - Sistema Único de Saúde: sistema público de promoção, proteção e recuperação da saúde, criado pela Constituição Federal de 1.988 e regulamentado pelas Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, na forma de serviços que integram proteção e promoção da saúde, prevenção e assistência, prestadas por órgãos públicos federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta, fundações mantidas pelo Poder Público e por instituições privadas, em caráter complementar;

XV - Termo de Anuência Institucional (TAI): documento de anuência à realização da pesquisa na instituição, que deve descrever as atividades que serão desenvolvidas, sendo assinada pelo dirigente institucional ou pessoa por ele delegada, com identificação de cargo/função e respectiva assinatura;

XVI - trabalhador da Saúde: funcionários (empregados públicos, estatutários, celetistas, terceirizados, entre outros) de instituições integrantes do SUS, no exercício de suas funções profissionais; e

XVII - usuário da saúde: pessoa que tem acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a prevenção de doenças e promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde;

CAPÍTULO II

Dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS

Art. 2º As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Art. 3º A utilização para fins de pesquisa de acervo e/ou material biológico humano resultante das atividades de atenção à saúde só poderá ser realizada com a devida apreciação e aprovação ética do Sistema CEP/CONEP.

Art. 4º É dever do pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada da equipe de pesquisa, explicitar, no processo de obtenção do consentimento, ao participante da pesquisa recrutado em serviço de saúde vinculado ao SUS (usuário do serviço de saúde), a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento de rotina do serviço.

Parágrafo único. O atendimento ao usuário não deverá ser prejudicado, independentemente de sua decisão de participar ou não da pesquisa, devendo essa garantia estar explícita no processo de consentimento e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) quando for o caso.

Art. 5º Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

Art. 6º A pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição.

Art. 7º A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Art. 8º O projeto deverá apresentar o orçamento conforme a normativa vigente.

Art. 9. É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo.

Art. 10. A apreciação ética dos estudos realizados em serviços integrantes do SUS deverá ser realizada em CEP vinculado à instituição onde serão recrutados os participantes da pesquisa, sem prejuízo do fluxo definido pelas demais resoluções do CNS. No caso de não existir CEP na instituição, deverá ser seguido o fluxo definido pela CONEP.

§1º No caso de realização do estudo em instituição que esteja enquadrada como participante ou coparticipante da pesquisa, o Termo de Anuência Institucional deverá ser assinado pelo dirigente da instituição e comporá o conjunto documental para a apreciação ética da pesquisa.

§2º No caso de pesquisas com utilização de acervo da instituição, o pesquisador deverá informar os procedimentos que serão adotados para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados do participante da pesquisa.

CAPÍTULO III

Das Pesquisas Estratégicas para o SUS

Art. 11. As pesquisas consideradas de interesse estratégico para o SUS pelo Ministério da Saúde serão encaminhadas para apreciação inicial na CONEP (como CEP do Ministério da Saúde) e poderão ter tramitação em caráter especial e de urgência.

§1º O Ministério da Saúde definirá quais os protocolos de pesquisa que deverão ser priorizados, mediante justificativa consubstanciada, para tramitação de urgência na CONEP.

§2º Tramitarão em caráter de urgência os protocolos de pesquisa que respondam a emergências em saúde pública e/ou subsidiar a implementação de políticas, ações, programas e serviços de saúde, de modo a responder tempestivamente a questões de interesse público na área da saúde.

§3º A solicitação do Ministério da Saúde para urgência e tramitação especial na CONEP será efetuada por meio de documento específico para cada projeto de encaminhamento do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Art. 12. Os projetos considerados como pesquisas estratégicas e encaminhados pelo Ministério da Saúde, com caráter de urgência para tramitação especial na CONEP, terão sua primeira avaliação em até 10 (dez) dias úteis, com a apreciação de pelo menos cinco membros titulares, sendo um desses, membro da Coordenação da CONEP.

CAPÍTULO IV

Das pesquisas com cooperação ou copatrocínio do governo brasileiro

Art. 13. Para a tramitação dos projetos de pesquisa com cooperação ou copatrocínio com o Governo Brasileiro, conforme expresso no item IX.4, pontos 1.1 e 8, da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, deverá ser anexado o documento de encaminhamento do Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, específico por projeto, no protocolo.

Parágrafo único. Nesses casos, a apreciação será realizada pelo CEP da instituição proponente e participantes, se for o caso, sem necessidade de tramitação na CONEP.

Art. 14. Aplicam-se as demais normas éticas vigentes, quando não houver prejuízo ao disposto nesta Resolução.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 580, de 22 de março de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

GILBERTO OCCHI

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: "PROGRAMA PONTO DE LUZ" E O ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM ESTUDO AVALIATIVO NO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE FORTALEZA-CEARÁ.

Pesquisador: VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85501524.5.0000.5042

Instituição Proponente: Hospital Infantil Albert Sabin - CE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.330.739

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO - 2459729 de 12/12/2024) e do Projeto Detalhado.

No contexto histórico brasileiro a violência sexual contra crianças e adolescentes tem apontado para a necessidade de instituições, programas, serviços e toda uma rede cada vez mais sistematizada e especializada de atendimento a essas vítimas. Na área da saúde e mais especificamente no contexto hospitalar, esse atendimento especializado para acolhimento diante de casos suspeitos ou confirmados é crucial para o processo de superação dos eventos traumáticos resultantes desse fenômeno. Ao desvelar essa perspectiva de pensamento emerge diante deste estudo o interesse de abordar um determinado serviço hospitalar cearense, referência nesse tipo de atendimento. Isto posto, o objetivo dessa pesquisa será o de Avaliar se o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin propicia um atendimento humanizado de saúde a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A metodologia contempla uma natureza qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, com a coleta de dados a partir de

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN - CE



Continuação do Parecer: 7.330.739

pesquisa documental e entrevista semiestruturada. Será uma avaliação na perspectiva da Avaliação em Profundidade (AP). Os dados serão analisados a partir da Análise de Conteúdo. Espera-se diante do estudo uma contribuição significativa tanto para a disseminação da temática de modo a contribuir com o enfrentamento a violência sexual contra crianças e adolescentes, como a ter um panorama das ações do programa dentro da instituição e o trabalho dos profissionais a partir da percepção dos familiares e/ou responsáveis por esse público no ato do atendimento. A investigação será orientada pela percepção dos familiares e/ou responsáveis pelas vítimas. Para tanto, será analisado o conteúdo propositivo do programa e seu contexto de formulação; a identificação da percepção dos familiares ou responsáveis em relação ao atendimento no Programa Ponto de Luz; bem como será verificado se o atendimento assegura um acolhimento humanizado e rompe com a revitimização de crianças e adolescentes. Tendo como panorama a complexidade de atenção especializada à violência sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias e a partir da necessidade de um atendimento de saúde voltado para este segmento, estruturou-se em maio de 2021 o atendimento de emergência do Programa Ponto de Luz à crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, funcionando no Centro de Emergência Pediátrico do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), pertencente ao sistema público de saúde do Estado de Ceará, o qual compõe a Rede Pontos de Luz, prevista hoje na Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Secretaria da Saúde do Estado, 2023). O Hospital Infantil Albert Sabin pertence ao sistema público estadual de saúde, está situado na cidade de Fortaleza, é referência em pediatria para todo o Estado do Ceará, considerado de nível de complexidade terciária, sendo ainda reconhecido como instituição de ensino e pesquisa. O atendimento de emergência do Programa Ponto de Luz no Centro de Emergência Pediátrico do Hospital Infantil Albert Sabin conta com equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, farmacêutico, e demais profissionais de saúde, protocolo de atendimento e prontuário com instrumentais específicos, tendo por finalidade realizar o acolhimento, atendimento humanizado, cuidados profiláticos, contracepção de emergência e tratamento para a violência sexual, notificação, orientações sobre a rede de segurança e proteção social, encaminhamento para acompanhamento nas unidades da rede de apoio e internação hospitalar, quando necessário.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar se o Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin propicia um atendimento

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN - CE



Continuação do Parecer: 7.330.739

humanizado de saúde a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Objetivo Secundário:

- Analisar o conteúdo e o contexto de formulação do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin;
- Identificar a percepção dos familiares ou responsáveis pelas crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em relação ao atendimento do Programa Ponto de Luz;
- Verificar se o atendimento assegura um acolhimento humanizado e rompe com a revitimização das crianças e dos adolescentes vítimas de violência sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa poderá trazer riscos considerados mínimos, ou seja, possíveis situações de desconfortos e constrangimentos dos participantes ao falar sobre o tema do estudo, comprometendo-se a pesquisadora em minimizar estas situações no decorrer da entrevista.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa serão de fomentar para a sociedade a discussão sobre a importância de assegurar um atendimento humanizado de saúde às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, na perspectiva de fortalecimento da rede de proteção e garantia de direitos deste segmento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, prospectivo, Caráter acadêmico, realizado para obtenção do título de Mestre.

Patrocinador: o próprio pesquisador.

País de Origem: Brasil

Países participantes: Por ser: Não se aplica

Número de participantes incluídos no Brasil e no mundo: 15

Centros de pesquisa no Brasil: Não se aplica

Armazenamento de amostras em banco de material biológico no Brasil e fora: Não se aplica

Previsão de início e encerramento do estudo: início da coleta: fev/2025 a jun/2025

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN - CE



Continuação do Parecer: 7.330.739

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbice ético

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, a contar do início da mesma e final como notificação via Plataforma Brasil para serem devidamente apreciados no CEP conforme Norma CSN nº 001/13, item XI.2.d.
2. O CEP/HIAS deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
3. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP/HIAS deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
4. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP/HIAS deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
5. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante de pesquisa.
6. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo participante de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2459729.pdf	12/12/2024 12:07:44		Aceito
Declaração de concordância	declapreanuenc.pdf	12/12/2024 12:06:48	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	FOLROSTO.pdf	12/12/2024 12:06:28	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projcompleto.pdf	17/11/2024 20:45:17	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.pdf	17/11/2024 20:43:41	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCL.pdf	17/11/2024 20:43:19	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN - CE



Continuação do Parecer: 7.330.739

Ausência	TCL.pdf	17/11/2024 20:43:19	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	autorchefservico.pdf	17/11/2024 20:43:00	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termorientadora.pdf	17/11/2024 20:41:59	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termopesquisador.pdf	17/11/2024 20:41:40	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	17/11/2024 20:41:23	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/11/2024 20:41:15	VANESSA KELLY DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 13 de Janeiro de 2025

Assinado por:
LIDIANE DO NASCIMENTO RODRIGUES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br